

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931 — N° 99

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA VACCINOTHÉRAPIE RÉGIONALE
PAR LA PORTE D'ENTRÉE EN GYNÉCOLOGIE
(MÉTHODE DE P. POINCLOUX)

Travail du Service de Clinique Gynécologique de M. le Professeur J. GUYOT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 15 Juillet 1931

PAR

Philippe-Géraud-Bernard-Robert TRAISSAC

Interne des Hôpitaux

Préparateur au Laboratoire de Médecine opératoire.

Né à BORDEAUX (Gironde), le 1^{er} Août 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		MAURIAC, professeur	Juges.
		JEANNENEY, agrégé	
		CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie Victor CAMBETTE

91, Cours de la Marne, 91

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930 - 1931 — N° 99

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA VACCINOTHÉRAPIE RÉGIONALE
PAR LA PORTE D'ENTRÉE EN GYNÉCOLOGIE

(MÉTHODE DE P. POINCLOUX)

Travail du Service de Clinique Gynécologique de M. le Professeur J. GUYOT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 15 Juillet 1931

PAR

Philippe-Géraud-Bernard-Robert TRAISSAC

Interne des Hôpitaux

Préparateur au Laboratoire de Médecine opératoire.

Né à BORDEAUX (Gironde), le 1^{er} Août 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		MAURIAC, professeur.....	<i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX

Imprimerie Victor C A M B E T T E

91, Cours de la Marne, 91

1 9 3 1

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique médicale des maladies des enfants ...	CRUCHET.
Anatomie pathologique et microscopie clinique..	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale ...	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires ...	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie...	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales ...	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale ...	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, LEURET (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	{ DUBECQ. DUFOUR.	Maladies mentales.....	{ PERRENS. PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	Chirurgie générale.....	{ JEANNENEY CHARRIER.
Physiologie.....	FABRE		{ LOUBAT. PÉRY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Obstétrique.....	{ RIVIÈRE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.		{ BEAUVIEUX.
	{ CREYX. AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	JOULIA.
Médecine générale.....	{ DAMADE. PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie...	GOLSE.
	{ DELMAS-MARSALET	Pharmacie	VITTE.
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie..	

COURS COMPLEMENTAIRES

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	N.
Accouchements	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Zoologie et Parasitologie	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes		N.	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle		GOURDON.	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

A MA GRAND-MÈRE

A MES FRÈRES

Docteur ANDRÉ TRAISSAC

Ancien Externe des Hôpitaux.

Docteur MARCEL TRAISSAC

Chef de Clinique médicale à la Faculté.

FERNAND-JOSEPH TRAISSAC

Interne des Hôpitaux.

A TOUS LES MIENS

A TOUS CEUX QUI, EN FAISANT MA FORMATION MORALE,
M'ONT MIEUX FAIT COMPRENDRE ET AIMER MA VOCATION
DE CHIRURGIEN :

A L'ORDRE DE SAINT-DOMINIQUE
AU R. P. RAPHAËL BERNARD, O. P.

A MONSIEUR L'ABBÉ J. MARTIN
ET
A MES CAMARADES DE L'ASSOCIATION CATHOLIQUE
DES ÉTUDIANTS

A MES AMIS

A MON AMI JEAN AUCHÉ

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

STAGE :

Monsieur le Professeur GUYOT (1922).
Monsieur le Professeur agrégé VENOT (1922-1923) †
Monsieur le Professeur CARLES (1922-1923).

EXTERNAT :

Monsieur le Professeur agrégé CHARRIER (1924).
Monsieur le Professeur BÉGOVIN (1925).
Monsieur le Professeur CASSAËT (1926).
Monsieur le Professeur CRUCHET (1926).

INTERNAT :

Monsieur le Professeur MICHELEAU (1927).
Monsieur le Professeur MAURIAC (1927).
Monsieur le Docteur PARCELIER (1928-1929).
Monsieur le Docteur BOUSQUET (1929).
Monsieur le Professeur agrégé CHARRIER (1930).
Monsieur le Professeur GUYOT (1930-1931).

Monsieur le Professeur agrégé PAPIN, chargé de cours
d'anatomie topographique et médecine opératoire.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Mon cher Maître,

Lorsque, aux premiers jours de mes études médicales je pénétrai, jeune stagiaire, dans votre Service de l'Hôpital Saint-André, je n'osai pas espérer l'honneur d'être un jour votre Chef de clinique et de vous voir présider mon jury de thèse.

Votre paternelle bienveillance, votre sollicitude de chaque jour, votre enseignement si consciencieux m'ont attaché à la chirurgie et à vous, mon cher Maître. Je voudrais aujourd'hui, qu'en gage de reconnaissance, vous daigniez accepter l'hommage de ce modeste travail.

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, nous tenons à remercier ceux de nos maîtres qui ont contribué à sa réalisation.

M. le Professeur GUYOT nous a largement ouvert son service où nous avons établi le plus grand nombre de nos observations.

M. le Professeur MAURIAC, à qui nous devons la plupart de nos connaissances biologiques, nous a prodigué, avec bienveillance, les conseils qui nous ont permis de mieux comprendre et de mieux diriger notre travail.

MM. les Professeurs CRUCHET, CHARRIER, JOULIA, M. le Docteur BOUSQUET, ont bien voulu nous confier quelques-uns de leurs malades.

Que tous ceux qui nous ont aidés de leurs conseils, M. le Professeur PETGES, M. le Docteur Jean VILLAR, nos collaborateurs de l'Hôpital Boursier, MM. BRAUD, GRENET, externes des Hôpitaux, les gardes-malades dont le dévouement et le concours de tous les instants nous ont permis de suivre pas à pas l'évolution des traitements, trouvent ici l'expression bien sincère de notre reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA VACCINOTHÉRAPIE RÉGIONALE
PAR LA PORTE D'ENTRÉE EN GYNÉCOLOGIE
(MÉTHODE DE P. POINCLOUX)

Travail du Service de Clinique gynécologique de M. le Professeur J. GUYOT

CHAPITRE PREMIER

Introduction.

La vaccination *régionale* par la porte d'entrée est une vaccinothérapie curative.

Elle consiste à injecter le vaccin au niveau des tissus qui ont servi de voie d'introduction aux microbes, aussi éloignés fussent-ils de la lésion que l'on veut traiter. La région, en effet, dans ce cas, peut être considérée comme une unité biologique dont le sommet correspond à la porte d'entrée et la base à tous les tissus susceptibles de réagir à l'infection ayant emprunté cette voie.

Ex. : Traitement d'une arthrite gonococcique par des injections de vaccin au niveau de l'urèthre.

Par là, cette méthode se distingue de la vaccination *locale* de Besredka en vertu de laquelle on applique directement le vaccin sur la lésion à traiter.

Si le principe de la spécificité microbienne intervient dans l'un, comme dans l'autre cas, le mode d'administration est, comme on le voit, complètement différent, théoriquement du moins, car, en pratique la porte d'entrée et

les lésions à traiter se confondent quelquefois (métrites du col).

Cette méthode ne s'est pas offerte à notre examen par le seul intérêt d'une discussion théorique; elle prétend, en effet, apporter un changement radical dans l'évolution et le traitement d'affections microbiennes dont le nombre va sans cesse croissant. Appliquée depuis 1926 par M. Poincloux dans le Service de M. le Professeur Basset, à Paris, limitée alors au traitement des métrites, la méthode s'est étendue par la suite à toute la gynécologie. Elle est susceptible par son principe même de s'appliquer à toutes les branches de la thérapeutique des maladies infectieuses.

Si l'on joint à cela les résultats vraiment remarquables obtenus jusqu'à présent, surtout en gynécologie, et publiés régulièrement par les auteurs, on ne peut s'étonner qu'une telle méthode ait retenu notre attention.

Dans une première partie, nous étudierons donc la méthode de Poincloux.

Ses bases;
Son historique;
Sa technique;
Ses indications;
Ses résultats.

Dans une seconde partie, nous consignerons nos observations personnelles basées sur 33 cas.

Dans une troisième partie, absolument critique, nous exposerons toutes les remarques que nous avons pu faire au cours de cette étude, les modifications de principes auxquelles elles nous ont amenés, et les conséquences pratiques qui en découlent.

CHAPITRE II

LA MÉTHODE DE POINCLOUX

(d'après les Auteurs).

- 1° Ses Bases ;
 - 2° Son Historique ;
 - 3° Sa Technique ;
 - 4° Ses Indications ;
 - 5° Ses Résultats.
-

LA MÉTHODE DE POINCLOUX

1° SES BASES.

Dans leurs diverses communications, les auteurs mettent les théories de Besredka à la base de leur méthode. Il était naturel que nous commencions par les connaître en détail pour mieux comprendre cette méthode et la mieux juger.

Quelles sont donc ces théories. Nous allons tenter aussi clairement et simplement que possible de les exposer en nous inspirant des œuvres mêmes de cet auteur.

Le problème de l'infection en général et celui de l'immunité qui lui est intimement lié reposent, pour Besredka, sur l'existence de *cellules réceptives*, d'une part, *des microbes* avec leur *virus et antiviral*, d'autre part.

Définissons donc ces éléments :

I. — ÉLÉMENTS BIOLOGIQUES PRIMORDIAUX, BASES DES PHÉNOMÈNES D'INFECTION ET D'IMMUNITÉ.

A) Les cellules réceptives.

Ce sont des cellules particulières à un microbe donné et douées vis-à-vis de lui d'une sensibilité absolument spécifique.

Pour déterminer la maladie, les cellules réceptives spécifiques et les microbes correspondants doivent se trouver en présence. Sinon le microbe :

ou bien :

a) ne provoque aucune réaction. Ex : l'organe réceptif du charbon étant la peau, si l'on injecte avec soins des microbes virulents dans le péritoine, dans le larynx, sans

que la peau soit lésée aucune réaction ne se produit, et l'expérience montre que les leucocytes ont absorbé les bacilles comme de vulgaires saprophytes.

ou bien :

b) ne provoque de réaction qu'après un certain temps, nécessaire aux éléments microbiens pour aller se localiser sur leur organe réceptif. Ex. : l'organe réceptif du bacille dysentérique étant l'intestin « que le lapin soit injecté par la voie sanguine ou par la voie sous-cutanée, que l'animal ait reçu en injection des bacilles vivants ou tués, il réagit principalement par son appareil intestinal; l'aspect macroscopique des organes et leur examen bactériologique en témoignent suffisamment ».

« Les bacilles dysentériques introduits dans le sang ne se laissent pas essaimer uniformément dans les viscères. Quoiqu'entraînés par le torrent circulatoire, ils viennent se réfugier dans l'organe de leur choix; s'ils se dirigent si obstinément vers la muqueuse intestinale, c'est qu'ils doivent subir de la part des cellules de l'intestin une attraction plus forte que celle qui pourrait leur venir d'autres cellules.

« Où cette affinité est particulièrement frappante, c'est lors de l'inoculation du virus sous la peau. Ne voyons-nous pas des bacilles dysentériques venir rejoindre leurs cellules réceptives, en dépit de toutes sortes d'obstacles sans parler déjà de la distance qui sépare la peau de l'intestin ? Tous n'y arrivent pas : beaucoup d'entre eux s'égarent en cours de route mais les plus vigoureux vont droit à la vésicule biliaire et à la paroi de l'intestin grêle. Le domicile que ceux-ci choisissent est donc réellement *électif*; ils ne viennent jamais se loger ailleurs : *on ne trouve jamais de bacille de Shiga ni dans le sang ni dans les urines.* » (1).

(1) BESREDKA. « Immunisation locale », MASSON et C^e, 1925.

B) Les Microbes.

Il existe donc des cellules réceptives électivement sensibles à certaines catégories de microbes. Ceux-ci à leur tour peuvent être considérés biologiquement sous trois aspects différents par rapport à ces cellules réceptives.

D'abord, *le microbe lui-même*, puis ses produits d'excrétion, *virus et antivirus*.

a) *Le microbe pathogène*, pour Besredka n'existe qu'en fonction des cellules réceptives. Mis en leur présence, il devient actif et virulent. Ailleurs, il n'est plus qu'un saprophyte. Les expériences sur le charbon sont concluantes à ce point de vue.

b) *Virus et antivirus*. D'autre part, le microbe contient et excrète dans le milieu ambiant des substances dont la connaissance est capitale pour expliquer les phénomènes d'infection et d'immunité. Les expériences de Besredka ont porté sur le staphylocoque :

« A côté d'un virus (ou toxine microbienne), dit-il, qui est sensible à la chaleur, qui est adhérent au corps du microbe et qui est responsable des lésions cutanées graves et, occasionnellement de la mort » il existe « une autre substance, atoxique, insensible à la chaleur, qui se détache facilement du corps du microbe et agit à la façon d'antagoniste; nous l'appelâmes provisoirement pour la commodité du langage, pour éviter de longues circonlocutions : *antivirus*. Issus du staphylocoque, virus et antivirus sont strictement spécifiques; tous les deux possèdent une affinité élective pour l'appareil cutané. » (1).

II. — MÉCANISME DE L'INFECTION ET DE L'IMMUNITÉ.

Infection et immunité naissent de l'inter réaction du microbe, de son virus et de son antivirus, d'une part, des cellules réceptives, d'autre part. Quel en est le mécanisme selon Besredka ?

(1) A. BESREDKA, *loc. cit.*

A) L'Infection.

Les études ont porté sur le charbon inoculé au lapin.

A) *Infection grave :*

D'après Besredka, une bactériodie virulente est douée d'une grande affinité pour les cellules réceptives. Cette affinité se traduit par une interr réaction entre les bacilles et les cellules; cette réaction a pour effet la mise en liberté d'une substance, produit de sécrétion et de désagrégation des bactériodies. Cette substance (appelée par Besredka troisième substance) possède un pouvoir inhibiteur sur la phagocytose.

Dans l'infection grave, cette substance inhibitrice est produite en quantité considérable au point que les leucocytes sont « paralysés ». La phagocytose fait défaut; les bactériodies se multiplient et prennent le dessus.

B) *Infection bénigne.*

« Les choses se passent différemment dans le cas des bactériodies peu virulentes. Ces dernières possèdent dans notre hypothèse une affinité faible pour les cellules réceptives. La réaction qui suit leur rencontre est donc minime: le produit de sécrétion et de désagrégation dont il a été question plus haut se forme en ce cas en quantité à peine appréciable. Aussi les leucocytes ne sont-ils pas repoussés: la phagocytose peut s'exercer sans entrave aucune. »

C) *Infections nulles* (Inoculation sans effet par immunité naturelle ou artificielle).

Que se passe-t-il maintenant chez l'animal vacciné naturellement ou artificiellement contre le microbe qu'on lui inocule ?

« Un animal vacciné est un animal dont les cellules réceptives se sont accoutumées au virus. Par suite de cette accoutumance, les cellules en question ont perdu leur affinité pour le virus; elles sont inaptes à entrer en réaction

avec le virus; il n'y aura donc pas de mise en liberté de substance capable de repousser les leucocytes. L'activité phagocytaire n'étant pas entravée, les leucocytes foncent sur les bactériidies, sans s'occuper s'ils sont en présence de bacille du charbon, de celui du foin, ou de tout autre saprophyte. »

« ... A l'exception des cellules de la peau, aucune cellule de l'organisme, — qu'il s'agisse de globules blancs, rouges, ou tout autre — ne sait distinguer une bactériodie virulente d'une qui ne l'est pas. »

En somme, pour Besredka, dans l'infection, trois éléments se trouvent en présence : 1° Le microbe; 2° les cellules réceptives; 3° les globules blancs. Par interr réaction, cellules réceptives et virus produisent une « troisième substance » qui règle le pouvoir phagocytaire des leucocytes.

Normalement, en effet, les leucocytes sont toujours attirés par les éléments hétérogènes. Il n'existe de chimiotaxie négative que lorsque la « troisième substance » s'interpose entre le leucocyte et l'objet à phagocyter; cette troisième substance est un produit de la cellule réceptive mise en réaction contre le virus. C'est donc la cellule réceptive, et elle seule qui règle la chimiotaxie des leucocytes et ainsi la phagocytose.

B) L'Immunité.

Après le mécanisme de l'infection, sous de différentes formes, voyons maintenant celui de l'immunité naturelle d'abord, de l'immunité artificielle ensuite.

Le mécanisme est d'ailleurs à peu près le même, l'accoutumance des cellules réceptives au cours de l'infection est due à la présence même des *microbes* et de leurs *dérivés*; tandis que dans le second, seul l'antivirus intervient puisque dans les vaccins, les corps microbiens eux-mêmes sont tués par la chaleur ou par les réactifs chimiques.

1° *L'immunité après l'infection.*

Dans les maladies infectieuses, les cellules réceptives sont continuellement en contact avec le microbe pathogène et ses dérivés. De ce contact découle l'immunité active.

L'immunité active repose d'abord sur l'accoutumance des cellules réceptives. Ces dernières deviennent insensibles au virus et de ce fait ne produisent plus la troisième substance inhibitrice de Besredka.

Aussi, et c'est là le second facteur de l'immunité active, l'intervention des phagocytes peut s'exercer sans entraves.

2° *L'immunité artificielle par vaccin et sérum.*

a) Vaccin préventif :

Le mécanisme de l'immunité dans un organisme antérieurement vacciné reproduit exactement ce que nous avons déjà exposé au sujet de l'infection nulle, après inoculation à un animal naturellement résistant, ou rendu inapte à l'infection par une injection préalable de vaccin. Nous avons vu que dans ce cas, tout repose sur l'indifférence, le manque d'affinité des cellules réceptives inaptes à réagir contre les microbes pathogènes.

Pour le vaccin préventif, comment cette indifférence et ce manque d'affinité ont-ils pu être artificiellement provoqués ? Besredka explique ce phénomène par l'action de l'*antivirus*. Prenant l'exemple du choléra, il suppose l'injection de *vibrions tués* sous la peau dans le péritoine ou dans les veines. « Quel que soit le mode de vaccination, l'antigène cholérique finit par atteindre des éléments réceptifs de l'intestin. C'est là que s'effectue la première prise de contact entre cellules réceptives et virus, laquelle aboutit tôt ou tard à l'insensibilisation des cellules intestinales. *Ce ne sont pas*, certes, les corps *vibrionniens* eux-mêmes coagulés par la chaleur ou les réactifs chimiques qui entrent en réaction avec les cellules réceptives. *C'est leur*

dérivé soluble ou antivirüs, à qui incombent le rôle d'accoutumer les cellules réceptives, d'émousser leur sensibilité envers l'antigène, bref de les vacciner.

« La mise en liberté de l'antivirüs soluble est précédé de la désagrégation des corps de vibrions; ce dont se chargent les globules blancs... Ce sont donc les cellules réceptives ou phagocytes fixes de la peau ou de l'intestin qui se vaccinent, ce sont les phagocytes libres du sang qui rendent le vaccin assimilable pour les cellules en question. L'immunisation active (dû au vaccin préventif) est donc assuré par la collaboration étroite des uns et des autres. » (1).

b) Vaccin curatif :

La vaccination curative, étudiée par Besredka dans les staphylococcies et les streptococcies « *a pour but, non de guérir, mais de circonscrire le foyer infecté*. Ce sont les cellules réceptives, encore indemnes, se trouvant au voisinage des cellules infectées, qui doivent être visées au cours de la vaccinothérapie... Pour réaliser cette prophylaxie, le vaccinothérapeute met à la portée des cellules dont il a la charge, de l'antivirüs. Ce dernier exerce une double action. Il empêche, d'une part, la pullulation du virus sur place, d'autre part, en venant au contact des cellules réceptives saines, en se laissant absorber par celles-ci, l'antivirüs les rend invulnérables à l'égard du virus. »

La vaccination curative ne diffère en rien quant à son mécanisme de la vaccination préventive et de l'immunité postinfectieuse. Elle porte son action sur les cellules réceptives saines; *son caractère est uniquement prophylactique*.

c) Sérums :

Ce même caractère prophylactique se retrouve également dans les sérums les plus actifs. Là aussi le principe de l'immunisation repose sur la préservation des cellules réceptives. Cette préservation, d'après Besredka, serait due

(1) A. BESREDKA, *loc. cit.*

non pas tant aux anticorps du sérum qu'à la présence d'antivirus.

En effet, dans la préparation des sérums, l'injection sériée de microbes sous la peau provoque, non seulement la formation d'anticorps, mais encore la mise en liberté des virus microbiens plus ou moins modifiés par la digestion leucocytaire et excrétés dans le sang circulant. Ces virus modifiés ou antivirus, sont d'abord fixés chez l'animal ainsi vacciné par les cellules réceptives qu'il sature. L'affinité de ces cellules étant satisfaite, les antivirus qui continuent à être fournis par les leucocytes sous l'influence des inoculations successives et qui restent inutilisés, demeurent dans le sang à côté des anticorps.

Les sérums spécifiques renferment donc à la fois des antivirus, — les mêmes que nous connûmes au cours de la vaccination active — et des anticorps.

Lorsque par le sérum on confère à un animal neuf, l'immunité passive, l'antivirus du sérum vaccine les cellules réceptives. D'autre part, les anticorps n'auraient qu'un rôle secondaire, ils sensibiliseraient les virus et exciteraient la phagocytose.

Notons, pour terminer, la qualité vraiment supérieure de l'immunité après une maladie, comparée à celle que l'on obtient avec les vaccins et les sérums. Bien que le processus soit le même dans toutes les manifestations de l'immunité, des différences dans le mode de sa production s'expliquent de la façon suivante : bien que la maladie soit terminée, et le malade apparemment débarrassé de ses microbes, on peut supposer qu'il existe dans un recoin de l'organisme des restes de virus capables d'alimenter le corps en antivirus et à entretenir son immunité. Cette supposition est d'autant plus acceptable que l'on admet communément par ailleurs le phénomène du microbisme latent. On sait qu'un traumatisme ou qu'une maladie intercurrente diminue la résistance de l'organisme, ou exalte

la virulence des microbes pour provoquer une infection caractérisée. Expérimentalement, Besredka fait remarquer que chez les animaux vaccinés contre le hog-choléra et dont le sérum est capable de conférer l'immunité passive, on a constaté la présence de germes à l'état vivant pendant six mois.

III. — CONCLUSIONS.

Cette hypothèse met en lumière certains faits inexplicables par la théorie régnante des anticorps. Elle explique aussi bien l'immunité naturelle qu'acquise, active ou passive par un seul et même processus : l'interréaction de l'antivirus et de la cellule réceptive.

C'est ce que Besredka résume ainsi :

« Il existe dans divers organes d'animaux supérieurs, des cellules spécialisées faisant office de phagocytes locaux; ceux-ci n'entrent en réaction qu'avec des virus déterminés, contrairement aux leucocytes... ou phagocytes mobiles, qui se jettent indistinctement sur tout corps étranger animé ou non.

En résumé : « Ce sont ces cellules réceptives spéciales, apanage des êtres hautement différenciés, qui manifestent une affinité spécifique pour certains virus. Ce sont ces phagocytes fixes qui commandent au mouvement chimiotactique des phagocytes libres et assurent avec le concours de ces derniers, l'immunité de l'organisme entier. »

Notons que les virus entrant en réaction avec les cellules réceptives peuvent être :

— *Soit non modifiés*, comme dans l'infection pure, où cette réaction provoque la troisième substance empêchante qui paralyse les globules blancs.

— *Soit modifiés*, par les globules blancs, appelés alors antivirüs dont le rôle protecteur, en saturant les cellules réceptives, est facteur principal d'immunité.

Si nous avons insisté sur les théories de Besredka relatives à l'infection et à l'immunité, ainsi qu'au rôle des cellules réceptives, c'est que ces données sont nécessaires pour bien comprendre la méthode de Poincloux que nous allons maintenant analyser.

Nous tenons à faire remarquer en terminant que ces théories, pour aussi ingénieuses et séduisantes qu'elles soient, n'en sont pas moins très discutées. Ces discussions dépassent le cadre de ce travail, nous nous contenterons d'en signaler quelques-unes : Gratia (Soc. Belge de Biol., 13 oct. 1923. — C. R. Soc. Biol., 1924, t. XC, p. 869 et t. XCI, p. 113. — C. R. Soc. Biol., 26 juil. 1924.) Bordet. — Isaieff. — Combiesco (C. R. Soc. Biol., 21 juil. 1923, t. LXXXIX, p. 640). — Bachman, Beltrani et Romat (C. R. Soc. Biol., 1^{er} déc. 1923, t. LXXXIX, p. 1.122). — Wollman (C. R. Soc. Biol., 24 juil. 1925, p. 127), etc...

LA MÉTHODE DE POINCLOUX

(suite)

2^o SON HISTORIQUE.

Après avoir rappelé les théories de Besredka sur l'infection et l'immunité, nous concevons facilement comment :

De toutes ces notions :

- Cellules réceptives spécifiquement sensibles à certains microbes;
- Leur atteinte obligatoire, si l'on peut dire, pour qu'une maladie puisse se produire;
- La possibilité :
 - de les protéger préventivement en supprimant les risques d'infection par une *vaccination préventive*;
 - de limiter l'infection par une *vaccination curative*.

Pouvait naître l'idée (car les auteurs ne sont pas, en réalité, partis de ce principe; ils ont voulu agir simplement, comme dans la vaccination locale, directement sur une lésion déterminée, et non par l'intermédiaire d'une porte d'entrée) :

— D'agir localement sur ces *cellules réceptives*.

« *D'emprunter les voies que suivent les virus lors de leur pénétration dans l'économie...* » « L'immunité la plus solide étant celle que confère l'infection naturelle. » (A. Besredka, *Immunité locale, loc. cit.*)

Nous avons là, explicitement posé le principe de la porte d'entrée. Or ce principe qui, nous le verrons plus loin,

semble donner jusqu'à présent d'excellents résultats dans ses applications pratiques fut redécouvert, pour ainsi dire, par les auteurs de la méthode, dans les conditions suivantes :

« Les points sur lesquels se fonde cette méthode », nous dit dans sa thèse M. Copèlovici, ont été observés par M. Poincloux au cours des essais thérapeutiques qu'il avait entrepris dès 1926, dans le service de son maître, M. le Professeur Basset pour améliorer l'évolution des métrites cervicales.

« L'idée qui inspirait ces premiers essais était corollaire de celle que M. Besredka avait mise en avant depuis quelques années touchant l'existence supposée d'*immunité locale*, et fondait ses espoirs sur les bons résultats incontestables qu'on obtient *quelquefois en appliquant à la surface de tissus infectés des substances immunisantes*. » (1).

.....

« Il s'ensuit donc », dit-il, « qu'à ce moment-là, le but poursuivi était d'obtenir une immunisation locale du col atteint de métrite par des injections sous-muqueuses de vaccin préparé avec les germes qui provoquaient l'infection cervicale. »

Par cette méthode, les auteurs comptaient simplement appliquer intégralement le principe de la vaccination *locale* en portant *in situ* dans la muqueuse, au fond des culs-de-sac glandulaires, le vaccin spécifique.

Seuls, la pratique et l'observation des faits montrèrent presque empiriquement :

1° L'importance dans ce mode thérapeutique de la *spécificité* microbienne imposant un vaccin absolument spécifique sous peine d'échec à peu près complet.

« Certes, dit l'auteur, cette spécificité n'était pas une

(1) COPELOVICI. — Thèse Paris 1929, page 17.

chose entièrement nouvelle en matière de vaccination, mais elle apparaissait dans ces premières recherches avec une netteté singulière. »

2° Que l'injection du vaccin in situ améliore, *non seulement les lésions locales, mais encore les lésions à distance* qui reconnaissent la même origine.

La première observation typique date du 1er mars 1927. En effet, à cette époque, Poincloux eut à soigner une femme atteinte de bartholinite aiguë avec métrite cervicale, toutes deux d'origine gonococcique. Deux injections de vaccin gonococcique de l'Institut Pasteur furent pratiquées autour de l'orifice de la glande enflammée. Six jours après, « la bartholinite était guérie, *mais fait capital, la métrite était très améliorée*; c'était une première observation de vaccination régionale par la porte d'entrée. »

Par la suite, ces notions s'affirmèrent, et l'on remarqua très souvent l'amélioration soudaine de salpingites chroniques au cours du traitement des métrites par la vaccination.

De même, en octobre 1927, le traitement d'une mammite aiguë par injections intra-mamelonnaires de vaccin anti-staphylococcique fut suivie d'un résultat si remarquable que cette observation fut l'objet d'une communication à la Société de chirurgie (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, tome LIII, n° 33, 14 décembre 1927).

De l'ensemble de ces faits et comme s'en déduisant par simple observation, le Docteur Poincloux fit l'hypothèse que :

« Dans les phénomènes déclanchés par l'injection du « vaccin, un lien existe, quant aux effets engendrés entre :

— Ces effets,

— L'espèce utilisée à l'état vaccinal, et

— *Le point par où l'on fait pénétrer le vaccin dans l'organisme* (1).

(1) Compte-rendu de la Société de Biologie 1928, page 287.

Toute l'originalité de la méthode est contenue dans ces mots; la porte d'entrée, *voie d'introduction des microbes* est justement « ce point par où l'on fait pénétrer le vaccin dans l'organisme ». Comme nous l'avons déjà dit, c'est par là que ce mode thérapeutique diffère de la vaccination *locale*, telle qu'elle était appliquée jusque là.

Elle devient une vaccination *régionale*, et par région, les auteurs entendent « l'ensemble des tissus dont la porte d'entrée du microbe est le *sommet*, et l'organe où ce germe s'est fixé et provoque des désordres, la *base* ». ⁽¹⁾

Dans son livre sur l'immunisation locale, Besredka, nous l'avons vu, avait affirmé le même principe comme suite logique de la théorie qu'il venait d'exposer : « l'immunité la plus solide étant celle que confère l'infection naturelle, il était tout indiqué, lors de la vaccination artificielle, d'emprunter les voies que suivent les virus lors de leur pénétration dans l'organisme. » ⁽²⁾

Les auteurs de la vaccination régionale par la porte d'entrée étaient donc ramenés par l'expérience pratique, à des conclusions que Besredka, deux ans plus tôt, avait obtenues théoriquement après ses études sur l'immunité.

Le Docteur Poincloux complète l'exposé de ces principes de la façon suivante :

« Les effets sont les plus favorables quand le vaccin contient le ou les germes pathogènes, et quand il est offert à l'organisme par le point ayant servi de porte d'entrée au microbe qui cause la maladie que l'on se propose de guérir. »

Partis de ces bases, les auteurs allaient multiplier les indications et étendre leur champ d'action à mesure que la méthode s'affirmait et que son principe, parti d'un objectif limité et d'une application locale et particulière, apparaissait de plus en plus susceptible de se généraliser.

(1) COPELOVICI, *loc. cit.*, page 25.

(2) Immunisation locale, pansements spécifiques A. BESREDKA.

Dès lors, l'emploi systématique de cette méthode, dans des cas extrêmement variés, allait confirmer l'hypothèse que l'on venait de poser.

En juin et juillet 1928 paraissent les premiers résultats importants (1) au sujet de quatre salpingites gonococciques et coli-bacillaires, d'un certain nombre de métrites, de deux blennorragies et d'une arthrite gonococcique.

En octobre 1928, la méthode est exposée dans un mémoire publié dans : « *Gynécologie et Obstétrique* », sur le traitement des métrites par des injections muqueuses et sous-muqueuses de vaccin. (2)

Des essais favorables sont même tentés pour soigner les otites moyennes, par injection sous la muqueuse rhinopharyngée.

L'ensemble de la méthode et de ses résultats est alors communiqué à l'Académie de Médecine le 23 avril 1929.

Son application aux complications articulaires de la gonococcie donne des résultats remarquables dans une vingtaine de cas rapportés par Copelovici-Cope dans sa thèse (Paris 1929). (3)

En mars 1930, Basset et Poincloux communiquent même à la Société de Chirurgie une statistique d'arthrites gonococciques dans laquelle 85 % des cas sont bons et suivis d'une guérison clinique.

Pour terminer ce rapide historique, citons enfin la belle statistique que P. Poincloux fit paraître en décembre 1930, et qui est reproduite in-extenso dans les pages qui suivent.

La forte proportion des guérisons cliniques (92 % dans les annexites gonococciques) qui y est signalée et la variété des cas cliniques relevant de ce mode thérapeutique suffisent à justifier l'étude approfondie de sa technique et de ses résultats.

(1) POINCLoux et WEISSMANN. (C. R. Soc. Biol. XCIV., pages 290-374, Juin 1928).
POINCLoux. (*Loco cit.*, Juillet 1928, page 469).

(2) BASSET et POINCLoux. (*Gynécologie et Obstétrique*, Tome XVIII, N° 4, Octobre 1928).

(3) M. COPELOVICI. — La vaccination régionale par la porte d'entrée. (Paris 1929).

LA MÉTHODE DE POINCLOUX

(Suite)

3° SA TECHNIQUE.

I. — DÉTERMINATION DE $\left\{ \begin{array}{l} \text{LA SPÉCIFICITE MICROBIENNE.} \\ \text{LA PORTE D'ENTRÉE.} \end{array} \right.$

Pour toutes les maladies relevant de cette thérapeutique se pose un double problème dont la solution est absolument indispensable :

1° — Celui de la spécificité microbienne de cette affection.

2° — Celui de la porte d'entrée des microbes.

Nous examinerons surtout dans cet exposé les affections gynécologiques, nous réservant, quand cela sera utile pour la clarté de l'exposé, d'envisager le problème à un point de vue plus général.

A. — Détermination du microbe pathogène en jeu :

Trois moyens nous sont donnés : l'enquête clinique, le laboratoire, la réaction elle-même.

a) L'ENQUETE CLINIQUE.

De l'avis même des auteurs, la clinique à elle seule, *suffit le plus souvent* pour préciser l'agent causal. Dans une communication récente (1) M. P. Poincloux s'exprime ainsi :

« On dépistera l'*infection gonococcique* (en cause dans 80 % de mes cas) en s'informant du mode de début des

(1) La vaccination régionale par la porte d'entrée. (*Paris Médical*, 20 Décembre 1930).

troubles dans l'appareil génital. La coïncidence de leur origine et du mariage ou d'un changement de partenaire sexuel, ou de la reprise des rapports après un accouchement (le mari s'exposant parfois à la contagion à ce moment-là); l'existence éloquente, quoique éphémère, d'une dysurie plus ou moins discrète au début des accidents ou à un moment de leur évolution; la couleur plus ou moins verdâtre des pertes (qu'il importe de faire bien préciser car, pour la plupart des femmes, les pertes, dès l'instant où elles ne sont plus sanglantes, sont des pertes blanches); tous ces signes, même isolés, accusent le gonocoque. Je m'en voudrais d'insister sur les signes objectifs, qui, au moment où la femme consulte, peuvent orienter le diagnostic étiologique; je signalerai seulement l'augmentation de volume et la déformation de la moitié inférieure de la papille urétrale, qui sont la règle chez les femmes plus ou moins anciennement infectées par le gonocoque. Cette modification morphologique accusatrice, très nette pour celui qui a pris l'habitude de la rechercher, semble correspondre à l'hyperplasie des glandes de Skène, qui sont situées dans le plancher (paroi inférieure) de l'urètre féminin et s'ouvre dans ce canal, près du méat, de part et d'autre de la ligne médiane.

L'infection par le *colibacille* (39 % de mes cas) sera envisagé ensuite, que soit déjà ou non incriminé le diplocoque de Neisser, la collaboration de ces germes (19,5 % des cas chez 230 malades) étant fréquente.

Il s'agit parfois d'une femme qui, avant le premier coït, avait déjà des pertes blanches, translucides, laiteuses, crémeuses, ou ressemblant à du lait caillé. Cette femme est, en tous cas, une constipée ou une diarrhéique; quelques points de ses colons décèlent sa souffrance au palper abdominal. Si cette femme a été enceinte, elle a souvent eu des ennuis pendant la grossesse : constipation plus opiniâtre, désordres digestifs, troubles urinaires, augmenta-

tion ou apparition de pertes réellement blanches ou jaunâtres, malodorantes ou non. En outre, la malade aura souvent remarqué que les périodes où son intestin fonctionne le plus mal, sont aussi celles où elle perd le plus ou souffre davantage dans son pelvis.

L'infection staphylococcique enfin, quoique bien plus rare (4,7 % de mes cas) si l'on en croit ce que j'ai trouvé moi-même, pourra être soupçonnée, surtout quand les précédentes étiologies auront été écartées. L'infection staphylococcique se rencontre, m'a-t-il semblé, surtout chez la femme ayant subi des *manœuvres abortives*. »

A ces trois syndromes cliniques principaux, l'expérience des premiers cas traités par nous-mêmes, nous en fait ajouter un quatrième :

Infection polyvalente des métro-annexites subaiguës ou chroniques post-partum ou post-abortum. La prédominance d'un élément est alors pratiquement impossible à préciser, étant donnée l'abondance des germes. La clinique indique toujours, au début, une infection plus ou moins grave, secondaire à un avortement ou à un accouchement. Puis s'installe ce syndrome si commun de pertes jaunâtres, tâchant le linge, avec quelquefois de légers troubles urinaires, mais surtout des douleurs au niveau de l'hypogastre avec de petites crises paroxystiques spontanées ou provoquées par le moindre travail, transformant ces malades en véritables « infirmes du bas-ventre ».

c) LE LABORATOIRE.

« J'ai déjà écrit plusieurs fois », nous dit Poincloux, que les indications fournies par le laboratoire en appoint au diagnostic étiologique étaient de second ordre. Je continue à penser que la clinique doit conserver la prééminence à cet égard. Cependant, maintenant que j'en ai

vu un grand nombre, les frottis de glaires, accessoirement leur culture, me paraissent capables, notamment par leur *aspect général* au microscope, d'aider le médecin quand il hésite. (1) »

La pratique, en effet nous a montré que :

Ceci est surtout net dans les cas de glaires verdâtres dans les gonococcies anciennes; le peu d'abondance des germes, l'aspect du pus formé par des polynucléaires bien conservés, groupés en amas, permet de faire le diagnostic de gonococcie, même si le gonocoque n'a pu être mis clairement en évidence.

c) LA REACTION ELLE-MEME.

La réaction à la vaccination par la porte d'entrée est tellement spécifique de l'agent pathogène en jeu que, de sa production ou de son absence, on peut confirmer ou infirmer le diagnostic étiologique déjà posé.

« Dans le cas où les deux précédentes recherches auront laissé planer un doute étiologique, l'injection d'un bon vaccin monomicrobien (choisi parmi les espèces incriminables en l'occurrence) dans le tissu sensible de la porte d'entrée correspondant aux germes de ce vaccin, une telle injection sera très précieuse. En effet, beaucoup de faits me permettent de croire que cette injection (supposée exactement réussie) ne provoque de réaction, en règle générale, que lorsque le sujet est aux prises avec l'espèce microbienne que contient le vaccin.

Exemple : j'ai soigné douze femmes atteintes de bartholinites aiguës? Onze de ces bartholinites étaient manifestement gonococciques; dans ces onze cas, l'injection d'un quart de centimètre cube de vaccin gonococcique Pasteur, dans les glandes de Skène, provoqua une réac-

(1) POINCLOUX. — *Paris Médical*, loc. cit.

tion et une amélioration vives et franches. La douzième malade avait une grosse bartholinite purulente dont l'aspect clinique différait notablement de l'aspect des bartholinites gonococciques. Malgré cela, « pour voir », et en attendant le résultat de la culture de pus soutiré par ponction, je pratiquais une injection de vaccin gonococcique dans la paroi inférieure de l'urètre de cette malade? Aucune réaction ne s'ensuivit. Or, la culture du pus donna du colibacille pur. La première injection de vaccin colibacillaire (auto-vaccin dans ce cas) dans la muqueuse rectale, provoqua la maladie vaccinale colibacillaire typique, à la suite de quoi, la bartholinite était déjà presque guérie.

On le voit donc, en cas de diagnostic étiologique incertain, à l'aide de vaccins monomicrobiens, raisonnablement choisis et correctement injectés dans les tissus porte d'entrée qui leur correspondent, on pourra parvenir à trouver la cause de l'infection que l'on veut combattre. *Cela confère à la vaccination régionale par la porte d'entrée la valeur d'un moyen de diagnostic.*

Pour terminer ces considérations sommaires sur l'enquête étiologique, d'importance primordiale pour instituer la vaccination régionale, il me faut toucher un mot des cas qui m'ont paru peu nombreux (1,4 %), où le microbe en cause n'est ni le gonocoque, ni le colibacille, ni le staphylocoque.

Le temps m'a fait défaut pour étudier ces cas d'assez près. Il semble que l'entérocoque, des bacilles diphtérimorphes, le pneumobacille, le pneumocoque peut-être même, puissent parfois se localiser aux organes génitaux de la femme (je mets à part le streptocoque qui doit, je crois, être considéré presque exclusivement dans les complications génitales du post-partum ou du post-abortion). Une étude spéciale, aidée notamment par de bons vaccins de ces germes, conduirait à fouiller plus avant l'étiologie

réelle des infections gynécologiques (réelles par opposition avec le reflet souvent trompeur donné par l'examen direct et la culture des glaires cervicales). Ce progrès amènerait l'amélioration des résultats que j'ai obtenus. » (1)

B. — Détermination de la porte d'entrée.

« La notion de porte d'entrée est, en grande partie, corollaire de la connaissance de l'agent pathogène. Chez la femme, comme chez l'homme, l'urètre paraît être le point faible; le tissu sensible de surface par lequel le gonocoque germe et triomphe de la résistance organique. C'est donc là qu'il faut injecter le vaccin, pour imiter la nature. Quant au colibacille, il semble bien évident qu'il franchisse les barrières extérieures de notre corps au niveau de la muqueuse des colons, normalement capables de lui résister, et qui devient sensible dans les conditions pathologiques. C'est donc à elle qu'il faut offrir le vaccin. Or, la muqueuse du rectum est aisément accessible avec le tube rectoscopique court, et rien n'est plus facile que d'y pratiquer une injection dont le volume varie de un demi à deux centimètres cubes.

On peut injecter le vaccin gonococcique dans les glandes de Bartholin ou la muqueuse du col utérin, tissus sensibles au gonocoque et capables aussi sans doute de lui servir de porte d'entrée. De même, peut-on injecter le vaccin colibacillaire dans les muqueuses des voies génitales externes qui paraissent susceptibles de servir de porte d'entrée itérative à des colibacilles souillant la vulve par l'urine qui les véhicule.

Quant au staphylocoque, il ne semble pas impossible qu'il envahisse parfois les organes génitaux de la femme, de dehors en dedans, par la muqueuse utérine. Toujours

(1) POINCELOUX. — *Paris Médical*, loc. cit.

est-il (quelques réserves qu'il me paraisse utile de faire concernant la pathogénie des infections à staphylocoques), que les injections de vaccin staphylococcique dans la muqueuse cervicale peuvent, en cas de lésions dues à ce germe, déclancher des réactions salutaires.

J'ajouterai, pour en finir avec cette question du lieu d'injection du vaccin, qu'il faut, pour le choisir, se conformer à l'esprit de la méthode : l'effort doit toujours tendre à présenter le vaccin au tissu sensible dans lequel l'infection a germé. Pour achever de me faire comprendre, je dirai ceci : si le hasard me conduisait un sujet infecté par le pneumocoque (par exemple) fut cette injection cantonnée aux organes génitaux, au poumon, au péricarde, au péritoine, à une articulation, dans chacun de ces cas, je m'efforcerais d'injecter un bon vaccin pneumococcique dans la muqueuse du rhino-pharynx, parce que nous pensons, à juste titre, que le pneumocoque trouve dans cette muqueuse à l'état pathologique, les conditions nécessaires à sa germination, tout comme le colibacille les rencontre dans les conditions morbides, au niveau de la muqueuse du gros intestin. En sorte que, si les métrites et les salpingites pneumococciques étaient fréquentes, le gynécologue devrait apprendre à injecter des vaccins dans le nez, ce que certains essais m'ont appris ne pas être trop difficile. » (1).

II. — INSTRUMENTATION.

Elle est très simple et se compose :

d'une seringue de 2 centimètres graduée au dixième;
d'aiguilles *fin*es, et très pointues, de 6 à 8 millimètres de long;

de prolonges de 7 à 8 centimètres, s'adaptant à la seringue et aux aiguilles. Elles sont destinées à

(1) POINCLoux. — *Paris Médical*, loc. cit.

porter le vaccin au niveau de la muqueuse du col utérin ou de la muqueuse rectale (instrumentation de Bensaude pour injections sclérosantes des hémorroïdes);

d'un spéculum vaginal;

d'un spéculum anal (anuscope de Bensaude);

de vaccins. Les auteurs recommandent comme donnant les meilleurs résultats et les plus réguliers :

le vaccin antigonococcique chauffé de l'Institut Pasteur;

le vaccin antimétritique polyvalent (immunizol Grémy n° 41);

le vaccin anticolibacillaire I. O. D.;

d'une solution de Stovaïne de 5 à 10 % pour anesthésier la muqueuse urétrale; elle est rarement employée chez la femme et surtout indiquée chez l'homme;

d'une solution d'oxycyanure de mercure à 1 pour 4.000 pour nettoyer les muqueuses avant les injections.

III. — TECHNIQUE DES INJECTIONS.

En pratique, les vaccins employés par Basset et Poincloux répondent aux indications générales suivantes : le vaccin antigonococcique dans les cas où le gonocoque est seul en jeu, le vaccin polyvalent dans les infections à microbes multiples; le vaccin anticolibacillaire lorsque le colibacille est en cause surtout chez les constipés. Dans certains cas, en particulier dans les métrites, les auto-vaccins ont été employés (métrite du col, *Bul. et Mem. Soc. Nat. Chirurgie*, 11 mai 1927). Beaucoup plus rarement seront indiqués les vaccins antistreptococciques et antistaphylococciques employés seuls.

A) *Injectons dans les glandes de Skène* (1).

« Les glandes de Skène ont leur orifice excréteur sur le plancher de la partie toute terminale de l'urèthre féminin. Normalement, sur une vulve de vierge non infectée, l'orifice uréthral apparaît en relief, formant une saillie mamelonnée, nommée papille uréthrale. Cette saillie est limitée par un bord circulaire, et les glandes de Skène ne sont point visibles. On peut seulement voir leur orifice en écartant les lèvres accolées du méat. Le canal excréteur de ces glandes admet une sonde de 1 millimètre de diamètre sur une profondeur de 5 à 30 millimètres. Mais chez une femme infectée par le gonocoque, la papille uréthrale a perdu son aspect de mamelon à bord circulaire; le bord inférieur est déformé par une saillie à droite et une saillie à gauche dont le relief est plus ou moins accusé. Au niveau de ces saillies (que nous avons pris l'habitude de considérer comme étant des glandes de Skène plus ou moins anciennement infectées mais sans avoir de cela une preuve anatomo-histologique), la muqueuse est de coloration plus rouge que la muqueuse normale. L'hypertrophie de cette région sous-méatique est plus ou moins accusée; dans certains cas, elle n'est pas égale des deux côtés, et parfois elle est si considérable qu'on a l'impression qu'une petite tumeur est appendue au méat.

Quoiqu'il en soit de ces considérations anatomiques, c'est quand nous avons piqué au centre de ces petites masses sous-uréthrales que nous disons avoir fait des injections dans les glandes de Skène.

Pratiquement, rien n'est plus facile que d'y parvenir. Tenant écartées les lèvres avec l'index et le pouce de la main gauche, dont la paume s'appuie sur le Mont Vénus, on nettoiera la région avec une solution d'oxycyanure. La seringue étant tenue dans la main droite comme un porte-

(1) COPELOVICI. — Thèse Paris, 1929.

plume, l'aiguille sera présentée d'abord au centre du relief d'une des glandes de Skène, l'axe de la seringue étant dirigé légèrement en haut et en dehors.

La piqure sera réalisée par une impulsion brusque et légère. *On s'assurera, avant de pousser le vaccin, qu'on ne se trouve pas dans un vaisseau*, puis on pressera doucement sur le piston de la seringue en surveillant attentivement l'entrée du liquide. Il peut arriver, en effet, que la pointe de l'aiguille soit dans le vide (lumière de l'urèthre ou replis muqueux); dans ce cas, faute d'une surveillance attentive, on pourrait croire réussie une injection en réalité manquée; étant donné que la première injection porte sur 1/4 de centimètre cube seulement, répartie en 1/8 de centimètre cube dans chaque glande de Skène, on conçoit qu'il faille exercer un contrôle attentif sur la petite opération à laquelle on se livre. L'inconvénient d'une injection manquée ou partiellement réussie est le suivant : on court le risque, lors de la deuxième séance, pendant laquelle on injecte 1/2 centimètre cube de vaccin, de déclancher une réaction d'une intensité excessive due à ce fait que la seconde injection est en réalité la première réussie; or il ne faut jamais commencer la vaccination antigonococcique par la porte d'entrée en employant une dose supérieure à 1/4 de centimètre cube de vaccin de l'Institut Pasteur. La deuxième glande de Skène sera injectée de la même façon que la première. Signalons une autre cause d'erreur possible, consistant dans le reflux du vaccin une fois l'aiguille retirée, soit pur, soit avec les quelques gouttes de sang qui, souvent, sourdent après les piqures. Ce reflux, en diminuant ou même en annulant la masse de la première dose injectée conduirait aux mêmes inconvénients que ceux signalés quelques lignes plus haut. Pour parer à cet échec, il suffit d'exercer une pression avec un doigt sur l'orifice des piqures, en retirant l'aiguille, pendant quelques secondes. »

b) *Injectons dans les glandes de Bartholin.*

« Elles seront faites exactement avec les mêmes précautions en centrant la piqûre sur la muqueuse qui avoisine l'orifice excréteur de la glande. Cet orifice est facile à découvrir, car en cas de gonococcie, il est souvent rouge et la muqueuse un peu érodée à son pourtour. » (Macule gonorrhéique de Sânger.)

c) *Injectons dans le col utérin. (1)*

« Après avoir noté l'état du col et fait sa toilette, et celle du vagin, on le badigeonne avec de la teinture d'iode diluée au 1/10.

Trois centicubes de vaccin sont aspirés dans une seringue de cristal munie d'une prolonge portant une aiguille fine (6/10 de millimètres) longue seulement de 3 millimètres.

Nous répartirons la dose de vaccin en 8 à 12 points différents de la muqueuse. Nous faisons d'abord 4 à 6 piqûres en plein ulcération du col, pointe dirigée vers la cavité de celui-ci — puis 4 à 6 piqûres après avoir introduit l'aiguille et son ambase dans la cavité du col, la pointe étant alors dirigée vers la périphérie, après un retrait de l'aiguille de 2 millimètres environ. Il faut toujours donner à l'aiguille une impulsion brusque.

Quand on pousse le 1/4 ou le 1/3 de centimètre cube de vaccin destinés à chaque point piqué et que l'aiguille est en bonne place dans la muqueuse ou dans le chorion, on éprouve une sensation très particulière de résistance moyenne. Si la résistance est trop forte, c'est que l'aiguille a dépassé le but : sa pointe est dans le tissu dense du col. Si, au contraire, on éprouve aucune résistance, c'est que la pointe est dans la cavité du col ou dans un kyste glandulaire.

(1) BASSET et POINCLoux. — *Bull. et Mem. Soc. Nat. de Chir.*, 11 Mai 1927.

Ces injections ne sont nullement douloureuses; elles ne donnent lieu à aucun suintement sanguin.

Quand le vagin et la vulve sont irrités, nous y plaçons une ou deux compresses imbibées de vaccin que nous faisons enlever après une vingtaine d'heures. »

d) Injections dans le corps utérin.⁽¹⁾

« Pour pénétrer dans le corps utérin, Basset et Poincloux se servent d'un instrument fabriqué par Duffaud, 11, rue Dupuytren, à Paris. Représentez-vous une bougie de Hégar d'un diamètre de 8 millimètres, creuse et longue de 22 centimètres, commençant par un pavillon légèrement évasé et se terminant par une extrémité arrondie légèrement recourbée comme la bougie de Hégar.

On peut introduire par le pavillon dans cette bougie creuse un mandrin qui vient obturer, à la courbure préterminale arrondie de la bougie un orifice ovalaire.

Ainsi monté, l'instrument qui présente une patte de préhension peut être introduit dans la cavité utérine que l'on a mesurée auparavant à l'hystéromètre, si bien que l'extrémité recourbée et arrondie peut venir buter contre le fond de l'utérus.

Le mandrin peut être retiré, il est remplacé par un mandrin creux formant aiguille qui se termine par une petite aiguille de 5 millimètres de long et de 8/10 de diamètre. Quand le mandrin creux est poussé à fond, il fait sortir par l'orifice de l'extrémité l'aiguille qui pénètre dans le muscle utérin.

Le principe de l'appareil étant décrit, voyons comment on l'utilise.

Tout d'abord, la femme étant en position gynécologique, on introduit le spéculum dans le vagin. La toilette du col est faite, soigneusement. Puis on dilate le col, soit

(1) L'Immunité, Décembre 1928.

avec les pinces à trois branches de Sims, soit avec un jeu de bougies de Hégar, jusqu'au n° 8.

Ensuite, on mesure à l'hystéromètre la cavité utérine, et l'on y introduit l'instrument de Basset et Poincloux garni de son mandrin plein.

Quand l'instrument est introduit, son antécourbure suivant celle de l'utérus, on peut amarrer l'instrument au spéculum avec une attache spéciale.

On procède au remplissage de la seringue avec le vaccin; et l'on adapte à la seringue le mandrin creux, qui constitue ainsi une longue aiguille.

Le mandrin plein est retiré et on lui substitue le mandrin creux. Celui-ci s'enfonce dans le catheter jusqu'à ce qu'un ergot vienne buter contre le pavillon du catheter.

A ce moment, on fait glisser l'ergot dans une rainure ménagée dans le pavillon orificiel, et au même instant, la petite aiguille de l'extrémité distale doit sortir de sa cachette et piquer la muqueuse.

On pousse l'injection vaccinale.

On conçoit que l'on puisse faire des injections sur toutes les faces de la cavité utérine et à des distances plus ou moins grandes du fond. Il suffit pour cela de retirer le mandrin creux de 1 ou 2 centimètres (de cette façon, l'aiguille vient se cacher dans le canal du catheter) de faire subir au catheter un quart, un demi ou trois-quarts de tour et de repousser à chaque nouvelle position de l'instrument le mandrin creux, afin de faire l'injection en piquant la muqueuse comme avec un dard.

Si l'injection doit être faite à distance du fond, on retire l'instrument d'une certaine longueur, et, dans cette nouvelle position, pour faire l'injection, on procède comme il a été indiqué plus haut.

Les injections dans la muqueuse de la face postérieure du corps utérin sont relativement faciles à réaliser étant donnée l'antécourbure de l'organe et de l'instrument.

Les injections dans la paroi antérieure sont parfois plus

déliçates, cette face n'étant pas au contact intime de l'instrument, la muqueuse fuit devant l'aiguille qui veut la perforer.

On sera toujours averti que le degré de pénétration de l'aiguille est suffisant par le degré de résistance que l'on éprouve en pressant sur le piston de la seringue. Quand la résistance est nulle, c'est que l'aiguille n'a pas encore piqué la muqueuse; quand elle est trop élevée, c'est qu'on est déjà dans le tissu dense du corps; la bonne position se trouve entre les deux. »

Ε) *Injections sous la muqueuse rectale* (vaccin anticolibacillaire).

Cette injection se pratique avec l'instrumentation de Bensaude pour le traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes. L'anuscope est introduit dans le rectum de la malade placée en position gynécologique. Quand il est enfoncé à fond, on retire le mandrin; la muqueuse rectale apparaît plissée et rose. Après nettoyage au dakin, on pratique l'injection avec une seringue de 2 centimètres cubes munie de sa rallonge comme pour le col utérin. L'aiguille est enfoncée d'un coup sec au niveau d'un des replis de la muqueuse. L'injection est poussée doucement; elle provoque une boule d'œdème très visible. L'injection terminée, on attend quelques secondes pour permettre la diffusion du vaccin; puis on retire l'aiguille. Un petit écoulement sanguin se produit qui se tarit rapidement.

IV. — CONDUITE GÉNÉRALE DU TRAITEMENT.

A) *Données générales* (1)

« Quelle que soit l'infection à combattre, les règles générales qui doivent guider le traitement sont les mêmes, à ceci près, que, avec le vaccin antigonococcique, il ne faut

(1) POINGLOUX, — *Paris Médical*, 20 Décembre 1930.

jamais commencer par plus d'un quart de centimètre cube, tandis qu'on doit débiter avec les vaccins colibacillaires et staphylococciques avec un demi-centimètre cube. Jusqu'à présent, j'ai toujours traité une infection à la fois seulement, en cas d'étiologie double.

Les réactions engendrées, souvent intenses, décrites dans le précédent article, ne doivent pas être combattues par des antithermiques; elles n'exposent le patient à aucun danger, et les malades les acceptent bien plus facilement qu'on pourrait l'imaginer, parce qu'elles ressentent habituellement à leur suite une amélioration assez nette pour effacer leur désagrément. *Le traitement est assez facile à supporter pour que je puisse l'appliquer ou le faire appliquer, à la consultation de mon maître Basset, à l'Hôpital Necker-Enfants-Malades, à beaucoup de malades externes;* elles reçoivent leur piqûre, regagnent leur domicile et se reposent un jour, parfois deux. Les injections sont répétées quand on a le choix du moment, lorsque l'amélioration provoquée par une injection tend vers zéro, ce qui se juge sans ambiguïté en cas de vaccination contre un processus inflammatoire aigu ou subaigu. S'il s'agit, au contraire, de malades chroniques (métrites) qui viennent à la consultation à intervalles à peu près fixes, on répète les injections chaque deux, trois, quatre jours. En général, les intervalles de séances sont un peu accrus au fur et à mesure que le traitement progresse. Dans tous les cas, il convient toujours d'attendre qu'une réaction soit achevée pour procéder à l'injection suivante; en sorte que, en cas d'injection de vaccin colibacillaire ayant provoqué une réaction prolongée (trois à six jours) les délais que je viens d'indiquer sont plus considérables.

Quand doit-on terminer l'effort vaccinothérapique ? En principe, quand le malade est vacciné, ce qui peut paraître une naïveté; je veux dire par là qu'on doit répéter les injections en accroissant peu à peu leur dose jusqu'à ce

qu'un centimètre cube et demi de vaccin gonococcique (ou deux centimètres cubes de vaccin colibacillaire ou staphylococcique) ne provoque plus de réaction, ou seulement une réaction minime. Tant que ce but n'est pas atteint, la malade semble pouvoir bénéficier d'une continuation de traitement. *La vaccination est réalisée après un nombre d'injections qui varie suivant les sujets : cinq à sept en moyenne pour le vaccin gonococcique, trois à quatre pour le vaccin colibacillaire et staphylococcique.*

La réaction personnelle des malades au point de vue de l'atténuation des réactions et des résultats, sont variables. Certains se vaccinent vite et bien; d'autres bien, mais plus lentement; quelques-uns fort mal. La même épée, placée en cent mains différentes, ne sera pas à défense égale pour leurs possesseurs. Une fois injecté, le bon vaccin en bonne place, c'est l'affaire au sujet de l'utiliser bien, passablement ou mal. Cette remarque montre que j'assigne à la méthode une efficacité variable.

13) *Direction du traitement. Données particulières. (1)*

« A ces indications générales, je dois ajouter, nous dit Poincloux, les grandes lignes des règles que j'observe, suivant que j'ai affaire à des malades atteintes de métrite, de salpingite, de bartholinite.

1° *Métrites.* — En cas de métrite récente, mono-microbienne, il est fréquent d'obtenir une guérison parfaite, grâce à la seule vaccinothérapie par la porte d'entrée. Cela est encore possible (mais moins fréquent) en cas de métrite ancienne et compliquée : je viens de revoir une malade soignée et guérie il y a trois ans pour une métrite gonococcique et colibacillaire datant de plusieurs années, dont l'état est actuellement meilleur encore qu'à la fin du traitement. Mais, très souvent, dans les cas invé-

(1) POINCLoux. — *Paris Médical*, Décembre 1930.

térés polymicrobiens, je ne parviens qu'à une *amélioration* de la métrite; le processus inflammatoire se calme, l'ulcération se réduit, les pertes diminuent beaucoup mais il reste quelque chose. Suivant l'importance de ce reliquat, suivant ce qu'était l'intensité de la métrite avant mes soins, je propose à la malade de compléter son traitement par deux ou trois cautérisations endo-cervicales au néo-Filhos, qui sont après vaccinothérapie régionale admirablement supportées, et peuvent être exécutées sans crainte de réaction inflammatoire même chez une femme qui avait, quelques semaines auparavant, une salpingite intense.

2° *Salpingite*. — Je persévère jusqu'à annulation des réactions vaccinales, quand elle peut être obtenue, ce qui est fréquent. Il ne faut jamais se contenter des résultats parfois très brillants que la première et la deuxième injection engendrent. Cela exposerait à une prompte récurrence. Si de la métrite survit à la salpingite, il importe de continuer à la soigner pour son propre compte sans hésiter à détruire la muqueuse du col par du néo-Filhos ou tout autre procédé vraiment efficace.

Dans un cas de gros pyosalpinx irréductible, *j'ai, une fois, avec un bon résultat, évacué le pus en ponctionnant la poche par un cul-de-sac vaginal avec un petit trocard.*

Dans les cas graves ou rebelles, il faut savoir demander l'intervention du chirurgien, et lui confier une malade dont la vaccination a calmé l'inflammation aiguë au point que l'acte opératoire n'aura plus de gravité. Je m'empresse de déclarer que, sur 93 femmes atteintes de salpingite plus ou moins intense, que j'ai soignées par ma méthode, trois seulement ont dû être opérées (une hystérectomie, deux castrations gauches); une quatrième malade, soignée chez M. le Docteur Schwartz, à Necker, devra sans doute aussi subir une opération radicale.

3° *Bartholinites*. — La technique suivante m'a conduit, dans douze cas sur douze, à des résultats excellents en sept à douze jours : évacuation de la poche purulente avec une grosse aiguille introduite à l'opposé du point déclive avec un long parcours en tissu sain; barbotage de sérum physiologique pour nettoyer, injection de vaccin gonococcique vers les glandes de Skène dans onze cas, de vaccin colibacillaire par voie rectale dans un cas. »

V. — RÉACTIONS PRODUITES PAR LES INJECTIONS DE VACCIN FAITES PAR LA PORTE D'ENTRÉE ⁽¹⁾

« Les réactions provoquées par les injections de vaccins faites dans les portes d'entrée du microbe pathogène sont *nettes, vives et constantes*. Ces trois caractères suffisent à donner à cette méthode un cachet qui la distingue des autres méthodes vaccinales. Jusqu'à présent, après environ deux mille injections de ce genre, il n'a que très rarement été vu que la réaction manquât à la suite de la première injection de 1/4 de centimètre cube d'un vaccin monomicrobien spécifique pour une infection d'étiologie bien déterminée, lorsque cette injection était faite par la porte d'entrée du microbe pathogène.

Le lien qui existe entre la réaction provoquée et le point d'introduction d'une dose faible de vaccin est si étroit que la réaction fait complètement défaut ou change radicalement de nature quand on éloigne de la porte d'entrée, ne fût-ce que de quelques millimètres, le point d'introduction de cette dose vaccinale : telle femme atteinte d'arthrite gonococcique fera une réaction violente après un quart de centimètre cube de vaccin gonococcique dans les glandes de Skène et ne fera aucune réaction après une injection d'une dose double du même vaccin dans la muqueuse vulvaire à 8 ou 10 millimètres des glandes de Skène. Mais avant de donner quelques exemples démons-

(1) M. COPELOVICI. — Thèse Paris, 1929.

tratifs de ce phénomène si remarquable, décrivons ce que sont les réactions observées.

Il est établi que ces réactions varient avec l'espèce microbienne utilisée à l'état vaccinal; elles changent, en effet, suivant qu'il s'agit du gonocoque, du bactérium coli, du staphylocoque. On assiste, après de telles injections, à de vraies maladies vaccinales, ayant une individualité propre.

A) *Avec le gonocoque* les réactions moyennes observées commencent 30 à 45 minutes après l'injection; elles sont violentes et ne durent que 7 à 10 heures. L'ascension thermique se fait promptement atteignant souvent son maximum (40° à $40^{\circ} 3$) en 1 h. 1/2. La défervescence est aussi prompte, les symptômes de la réaction consistent en tremblement, céphalalgie, douleurs dans les membres, dans les lombes; les nausées sont fréquentes, les vomissements non exceptionnels; mais dans l'ensemble, la réaction ne s'exprime pas par une symptomatologie digestive.

Il faut bien connaître la violence soudaine et la bénignité des réactions provoquées par le vaccin gonococcique injecté par la porte d'entrée de manière à en avertir la malade et à la rassurer sur l'évolution de ses malaises.

Il n'a jamais été observé quoique ce soit de vraiment inquiétant à la suite d'injection de vaccin faite dans les tissus porte d'entrée quand la dose initiale n'excédait pas 1/4 de centimètre cube et qu'on s'était assuré de ne pas injecter dans une veine.

Au cours de la réaction, la malade éprouve quelquefois des sensations indéfinissables dans le ou les organes qui sont infectés. Ces sensations pourraient faire croire à une aggravation des lésions qu'on se propose de guérir, mais elles disparaissent une fois la réaction terminée. En outre, il advient parfois qu'il se manifeste des phénomènes éphémères qui sont l'image réduite de la maladie et cela dans des organes cliniquement indemnes avant l'injection.

C'est une fois la réaction terminée que commencent les effets favorables de l'injection du vaccin. Quand cette réaction a eu sa durée normale pour le gonocoque (une dizaine d'heures), ces effets favorables sont déjà appréciables 24 heures après la piqûre. La douleur, le volume des lésions, la température sont moindres. Ces bons effets augmentent toujours dans les 24 heures suivantes. Ils augmentent encore parfois le troisième et le quatrième jour, mais habituellement, le bon résultat d'une injection s'épuise à partir du troisième jour. Il s'épuise d'autant plus vite que l'infection est plus aiguë. Dès qu'on a l'impression que cet effet salutaire tend vers zéro, il faut se hâter de renouveler la réaction vaccinale sans laisser à l'infection le temps de reprendre le dessus. L'examen attentif de la courbe thermique nous paraît être un guide sûr pour juger du moment où la répétition de l'injection s'impose.

Il arrive que la réaction vaccinale soit plus violente, la température s'élevant à 41° ou même 41° 7; il arrive aussi qu'elle soit plus durable que celle que nous venons de décrire. Elle peut durer 24, rarement 36 heures, exceptionnellement deux ou trois jours. D'autres fois, en sens inverse, la réaction non seulement peut être moins durable, mais encore peut n'être qu'esquissée; la température s'élève à 37°9, 38°1; le sujet n'éprouve que quelques malaises discrets, *et cependant le jour qui suit de telles réactions, à la vérité exceptionnelles, les améliorations qu'on a le droit d'escompter se produisent tout aussi bien qu'à la suite de réactions violentes. Ces faits SONT D'UNE IMPORTANCE EXTREME EN MONTRANT QUE L'AMELIORATION N'EST POINT CONDITIONNEE PAR L'ELEVATION DE LA TEMPERATURE, PAR LA REACTION DU CHOC, COMME ON POURRAIT, AU PREMIER ABORD, être tenté de le croire?*

Signalons, pour en terminer avec la réaction produite par la première injection du vaccin gonococcique par la

porte d'entrée, qu'on observe parfois, dans les jours qui suivent, des éruptions d'herpès plus ou moins intenses; mais ce phénomène n'a rien de spécifique : il se produit aussi après les injections d'autres vaccins.

Nous avons indiqué qu'en se fondant sur l'épuisement des effets favorables de la première injection et, en particulier, sur la réascension de la fièvre (quand elle se produit), on pourrait préciser le moment opportun pour faire la seconde injection et les suivantes. Nous n'y reviendrons pas. Par contre, nous insisterons sur ce fait que, le plus souvent, les réactions provoquées par la deuxième, troisième, quatrième injection ne sont pas semblables à la première. *Malgré l'accroissement de la dose injectée (1 1/2, 3/4, 1 et 1 1/2 cmc.) il est habituel de voir les réactions devenir moins violentes et surtout moins durables. Cependant, cette atténuation de réaction ne devient-elle nette qu'après la seconde réaction.* Il semble que toutes les fois que les injections de vaccin gonococcique par la porte d'entrée auront été régulièrement accrues et espacées, les réactions vaccinales deviendront faibles après la cinquième injection, ce qui semble ainsi mettre en évidence un véritable phénomène de vaccination.

Si un malade qui avait été très amélioré par une série de 4 à 5 injections de vaccin gonococcique, fait une récurrence quelques semaines plus tard, il faut reprendre la vaccination régionale avec prudence comme s'il s'agissait d'une première série, en commençant par un quart de centimètre cube; la suite du traitement devra être conduite comme la première fois;

B) Avec le *bactérium coli*, les réactions moyennes observées commencent une ou deux heures après l'injection; l'ascension de la température ne se produit que deux, trois heures après la piqûre, atteignant comme moyenne 39°5. Par contre, si les malaises sont habituellement moins soudains et l'ascension de la température moins élevée avec le *bactérium coli* qu'avec le gonocoque, la réaction

va durer plus longtemps; généralement, au moins 24 heures, souvent deux jours, parfois trois, quatre et même cinq jours. Les malaises ressentis par le malade sont souvent localisés dans l'appareil digestif, les nausées et les vomissements sont la règle. Les douleurs intestinales et la diarrhée sont fréquentes.

En outre, la céphalée est vive et les courbatures habituelles. Quand cette réaction est terminée, et même lorsqu'elle est durable, alors qu'elle n'en est qu'à son déclin, l'amélioration se manifeste; le volume, la sensibilité des lésions, la fièvre, diminuent. Ces bons effets s'épuisent après quelques jours, comme après la vaccination antigonococcique. Nous devons signaler ici que, tenant compte de la moindre violence habituelle, des réactions au vaccin colibacillaire injecté par la porte d'entrée, le Docteur Poincloux a l'habitude d'injecter, lors de la première séance, un demi centimètre cube du vaccin colibacillaire et non un quart de centimètre cube comme il procède avec le vaccin gonococcique.

La vaccination anticolibacillaire doit toujours être entreprise par la voie de la muqueuse ano-rectale. Si c'est bien là la porte d'entrée, l'injection provoque la fièvre, l'amélioration fait suite; *les seconde, troisième, quatrième, cinquième injection à des doses croissantes, provoquent des réactions décroissantes* et la somme des améliorations réalise la guérison. C'est ce qui a été observé par le Professeur Basset et Poincloux dans le traitement de certaines salpingites et métrites colibacillaires.

Si, malheureusement, l'injection ano-rectale ne donne pas de réaction, on peut en inférer que cette muqueuse n'a pas été le point de départ du bactérium-coli et, dès lors, il faut se contenter de deux autres pratiques : 1° vaccination par voie digestive; 2° la vaccination par les portes de réintroduction du colibacille qui, expulsé de l'organisme avec l'urine, y pénètre à nouveau par les organes génitaux externes que les urines souillent au passage.

En fait, l'association de ces deux pratiques donne parfois de bons résultats. Quand les glandes vulvaires ont servi de porte de réintroduction du colibacille, l'injection d'un demi centimètre cube de vaccin correspondant dans leurs tissus, provoque des réactions très violentes, mais ne sont pas suivies d'améliorations aussi constantes et aussi manifestes que dans le cas où l'injection par voie ano-rectale avait provoqué la réaction.

Par ailleurs, la répétition des injections dans les glandes vulvaires n'est pas suivie d'une atténuation des réactions vaccinales aussi nette qu'elle l'est lorsque la voie rectale est efficace, ou qu'elle l'est en manière de vaccination antigonococcique par la porte d'entrée.

C) Avec le *staphylocoque*, les réactions moyennes observées sont plus lentes à se produire qu'avec le vaccin gonococcique et la température ne s'élève point aussi haut (39°-39°2, souvent moins).

Les malaises sont moins intenses qu'avec les deux précédents vaccins; la réaction ne dure généralement pas plus de 24 heures. »

D) Avec le vaccin polyvalent, en particulier l'*Immunitol Gremy* n° 41, que les auteurs recommandent par ailleurs, mais dont je n'ai pas trouvé décrites les réactions, nous avons obtenu les résultats suivants :

En règle générale, les réactions sont moins accusées que celles des vaccins spécifiques microbiens. Dans les traitements mixtes que nous avons institués (vaccin antigono, vaccin polyvalent) les réactions de ce dernier vaccin étaient souvent plus faibles, moins pénibles que les autres. (Observation n°3.)

Quand elles sont intenses (39°5-40°) elles sont comparables, comme tableau clinique et évolution à celles du vaccin antigonococcique.

LA MÉTHODE DE POINCLOUX

(suite)

4° SES INDICATIONS

Le principe même de la méthode fait entrevoir son application très générale à toutes sortes d'affections d'origine et de sièges multiples.

Pour ce qui nous intéresse, et si l'on en croit les résultats déjà obtenus, presque toutes les affections gynécologiques, aiguës ou chroniques, relèvent de la vaccinothérapie par la porte d'entrée.

Ces indications ne s'opposent pas, cependant, *au traitement médical* d'une part qui doit toujours précéder la vaccinothérapie. Il sera suffisant quelques fois pour améliorer ou guérir un grand nombre de nos malades. L'épreuve du traitement médical est aussi nécessaire pour la mise au point exacte des signes physiques et fonctionnels;

Au traitement chirurgical, d'autre part, surtout en cas d'urgence. La vaccinothérapie ne doit jamais faire perdre un temps précieux quand l'intervention doit manifestement être immédiate (colpotomie pour abcès du Douglas; laparotomie pour péritonite, etc.). D'ailleurs, du fait même que, presque toujours, pour affirmer le diagnostic comme aussi l'inefficacité relative du traitement médical, on met la malade à l'épreuve du repos et de la glace, de ce fait même sont exclues les infections aiguës réclamant un acte chirurgical immédiat.

Il n'en est pas moins vrai que, dans quelques cas, peu nombreux d'après les auteurs, mais assez fréquents d'après notre pratique, la chirurgie complètera l'action

insuffisante du vaccin par une opération, le plus souvent simplifiée et quelquefois conservatrice; le vaccin aura certainement été un temps préparatoire efficace et précieux.

Ceci dit, et pour préciser davantage ces indications, disons tout de suite que, dans la masse si importante des affections gynécologiques, tous les cas n'obéissent pas pareillement. La vaccinothérapie sera surtout indiquée dans :

Les affections aiguës gonococciques (métrite du col, métrite du corps, annexite, complications secondaires, en particulier arthrite-gonococcique, cystite gonococcique, uréthrite, bartholinite).

Les affections aiguës dues à des agents divers, monomicrobiennes, ou plus souvent polyvalentes. Le colibacille y est très souvent en cause.

Les affections chroniques obéissent beaucoup moins bien au traitement. Celui-ci est plus long, mais garde cependant ses indications car la pratique montre qu'il soulage souvent les malades et a pu, quelques fois éviter l'opération.

L'examen des résultats fixera d'ailleurs dans le détail ce que cet exposé a de trop général.

LA MÉTHODE DE POINCLOUX

(suite)

5° SES RÉSULTATS

I. — RÉSULTATS GÉNÉRAUX DE LA VACCINOTHÉRAPIE PAR LA PORTE D'ENTRÉE ⁽¹⁾

« Dans la mesure où les expériences et les applications faites avec la vaccination régionale par la porte d'entrée permettent de se former une opinion générale sur les résultats auxquels elle conduit, on peut se croire autorisé à les résumer très brièvement de la façon suivante : après toute injection d'un vaccin spécifique pour une maladie déterminée, faite par un point qui peut être considéré comme ayant servi de porte d'entrée au germe pathogène, il se produit dans l'organisme du malade une amélioration qui porte sur le volume des lésions, sur leur sensibilité et sur la fièvre, quand elle existe. Cette *influence favorable* paraît être plus caractéristique d'une injection réussie faite par la méthode de la vaccination régionale par la porte d'entrée, que la *réaction vaccinale elle-même*. Nous avons dit, en effet, que la réaction pouvait (quoique rarement), être absente, ou tout au moins, être faible, sans que, pour cela, l'amélioration manquât. Est-ce à dire que toutes les maladies qui ont été soignées par la méthode de la vaccination régionale aient été guéries de façon tout aussi saisissante que notre assertion permettrait de le supposer. Nous ne le prétendons point. Cependant, dans les cas simples, monomicrobiens et à porte d'entrée unique, l'effet favorable succède bien à l'injection du vaccin, comme nous venons de le dire. La répétition des injections, en accumulant leurs heureux effets,

(1) COPELOVICI, — *Loc. cit.*

conduit, dans de tels cas, à un état d'amélioration tel qu'on puisse parler d'interruption du processus inflammatoire. La guérison vraie suppose qu'à ce progrès très estimable, s'ajoute : 1° L'absence de récurrence; 2° La réparation des lésions histo-anatomiques engendrées par l'infection. Il résulte de ces explications que le résultat de la vaccination régionale par la porte d'entrée varie selon l'ancienneté des lésions traitées.

L'interruption du processus inflammatoire dans une maladie microbienne, même aiguë, mais récente, réalise la guérison apparente, puisque dans ce cas, n'ont pas eu le temps de se constituer de graves lésions anatomiques. Si, au contraire, la maladie est ancienne, si on intervient pour une salpingite ou une arthrite évoluant depuis plusieurs années, il serait vain d'attendre d'une méthode de vaccination thérapeutique la restitution *ad integrum*. Par ailleurs, en ce qui concerne l'importante question de la récurrence, c'est-à-dire de la reprise du processus inflammatoire, que nous voyons la vaccination régionale par la porte d'entrée être capable d'interrompre, l'expérience que son auteur a de cette méthode et que nous mêmes en avons acquis, ne permet pas encore de formuler une opinion sur leur fréquence et leur caractère.

Il est cependant bien prouvé par quelques observations que le processus inflammatoire puisse reprendre soit dans les organes déjà touchés, soit dans d'autres appareils, la vaccination régionale par la porte d'entrée restant puissante à triompher de ces réitérations infectieuses qui ont même paru, en ce qui nous concerne, être moins intenses et plus faciles à dominer que la première évolution.

Nous avons dit que, malheureusement, la vaccination régionale par la porte d'entrée n'avait pas, dans les applications qui ont été faites, toujours permis de vaincre complètement l'infection contre laquelle elle était employée. En disant cela, nous pensons surtout à la résistance par-

tielle ou totale de l'infection dans certains cas de cervicites chroniques. C'est un fait que, si dans l'ensemble, les métrites peuvent être guéries ou très améliorées, en leur appliquant la vaccination régionale par la porte d'entrée, certains cas n'obéissent que médiocrement au traitement ou, même, leur résiste tout à fait. A un moindre degré, la même observation a été faite par MM. Basset et Poincloux dans le traitement des salpingites. C'est que, dans ces deux exemples pathologiques, la lésion à soigner peut être poly-microbienne, le nombre des agents en cause pouvant être grand, notamment dans les cervicites chroniques. Or, non seulement nous ne connaissons pas toujours tous les microbes qui jouent un rôle dans une lésion inflammatoire, non-seulement nous ne possédons pas de stock-vaccin pour tous ces germes dans le cas de métrite, mais encore nous ne savons pas toujours avec précision par quelle voie ces germes pénètrent dans l'organisme du malade.

Par conséquent, la limitation de l'action favorable de la vaccination régionale par la porte d'entrée nous paraît imputable plus à l'insuffisance de notre technique qu'à la méthode elle-même. Dans les cas qui se prêtent actuellement bien à la vaccination régionale par la porte d'entrée, l'amélioration qu'on peut en attendre est obtenue en une *dizaine de jours dans les cas récents*; mais l'action salutaire peut déjà être enregistrée bien avant cela, *dès après la première ou, tout au moins, la deuxième injection. Une infection sérieuse, après une ou deux injections*, est, pour ainsi dire, *toujours transformée*. Dans les cas invétérés, il faut savoir être persévérant, mais l'impression formelle se dégage de toute l'expérience de la vaccination régionale de la porte d'entrée, que dans les cas où elle agit, elle agit pour ainsi dire immédiatement. Cela est si vrai que l'on peut poser dès maintenant comme règle, que, *si une orchite, une salpingite, une arthrite supposée gonococcique, ne s'améliorent pas de 50 à 60 %*

après deux ou trois injections de vaccin gonococcique par la porte d'entrée, *le diagnostic étiologique de l'infection est inexact.* »

Malgré les réserves importantes qui sont ainsi formulées, les auteurs n'en restent pas moins convaincus que cette méthode est très supérieure à toutes les médications du même genre. Et, ceci à tel point, que les indications chirurgicales seraient réduites dans d'importantes proportions. Poincloux lui-même, s'exprime ainsi : (*Presse médicale*, 22 mars 1930.)

« Nous ne prétendons pas avoir guéri radicalement et miraculeusement toutes nos malades (il s'agit ici de salpingites). Beaucoup ont conservé des lésions, des cicatrices, plus ou moins importantes qui, peut-être se réenflammeront. Mais nous sommes convaincus d'avoir obtenu pour nos malades, plus que nous n'aurions pu obtenir par les autres médications non sanglantes et, jusqu'à présent, toutes, sauf deux, ont échappé à l'hystérectomie qu'il eut été raisonnable de conseiller à beaucoup d'entre elles si nous n'avions eu cette méthode à notre disposition. »

II. — RÉSULTATS PARTICULIERS.

A) Gynécologie. ⁽¹⁾

D'ailleurs, nous ne pouvons mieux faire que de mettre sous les yeux la dernière statistique, vraiment impressionnante de Poincloux (*Paris Médical*, 20 déc. 1930), portant sur 230 cas traités. Nous y verrons que si, dans bien des cas, les « guérisons cliniques » sont fréquentes, 50 et 70 %, elles deviennent la règle dans certaines affections, comme la salpingite gonococcique, où elles se produisent dans la proportion de 92 %.

(1) POINCLOUX. — *Paris Médical*, 20 Décembre 1930.

a) « *Métrites sans salpingites ni périmétrites nettes.*

Elles sont au nombre de 105. Je les divise en métrites gonococciques, métrites colibacillaires, métrites à la fois gonococciques et colibacillaires, et en métrites de causes complexes.

Métrites gonococciques pures (ou semblant telles).

J'en ai rencontré 42; trois doivent être écartées pour la statistique des résultats, parce qu'insuffisamment soignées. Le tableau suivant donne une idée des résultats obtenus :

Résultats parfaits	10,2 %
Résultats très bons	30,7 %
Résultats bons	51 %
Résultats assez bons	2,5 %
Résultats médiocres	2,5 %
Résultats nuls	2,5 %

Par *résultats parfaits*, j'entends le retour à l'état anatomique et physiologique normal.

Par *résultats très bons*, j'entends la guérison clinique complète, à ceci près que l'expression du col donne une sécrétion minime.

Les résultats bons ou assez bons concernent les malades dont l'exulcération et l'ectropion ainsi que les pertes disparaissent en grande partie ou sont nettement diminuées, mais chez lesquelles l'examen du col révèle que ce dernier n'est pas normal. Ces femmes, de temps en temps, notamment avant les règles, perçoivent quelques pertes blanches. Ce sont les moins bons, ou les plus sérieux de ces cas qui sont justiciables du Filhos.

Un résultat médiocre correspond à la réduction des pertes, sans modifications importantes du col.

Métrites colibacillaires.

28 cas, dont 4 sont à défalquer pour cause de traitement inachevé.

Résultats parfaits	8,3 %
Résultats très bons	24,9 %
Résultats bons	45,8 %
Résultats assez bons	20,8 %

Cette catégorie, comme celle des autres malades infectées par le colibacille, offre un intérêt qui déborde du cadre de la gynécologie, par ce fait que les femmes soignées ont, presque toutes, *vu disparaître ou s'amender beaucoup les troubles de fonctionnement coliques dont elles souffraient.*

Métrites à la fois gonococciques et colibacillaires.

Au nombre de 24, je dois en retrancher une insuffisamment traitée.

Résultats parfaits	8,69 %
Résultats très bons	26,08 %
Résultats bons	34,77 %
Résultats assez bons	4,3 %
Résultats médiocres	17,3 %
Résultats nuls	8,69 %

On voit dans cette catégorie étiologique le pourcentage des échecs augmenter avec la complexité du problème vaccinothérapique.

Métrites d'étiologie rare ou complexe.

J'en ai observé 11, dont je retire le cas d'une malade qui n'a pas persévéré dans le traitement.

a) Trois métrites staphylococciques : un résultat parfait, deux résultats très bons.

b) Deux métrites à gonocoques, colibacilles et staphylocoques : un résultat bon, un résultat médiocre.

c) Cinq métrites où le gonocoque, le colibacille, le staphylocoque et un ou plusieurs autres germes semblent jouer un rôle, ou chez lesquels aucun germe habituel ne semble en cause : résultats allant du médiocre au nul.

C) *Métrites avec périmétrite nette.*

J'en ai traité vingt, dont deux insuffisamment; les mêmes étiologies s'y rencontrent que dans les métrites simples : gonocoques, onze fois; colibacilles, une fois; gonocoques et colibacilles, quatre fois; gonocoques, colibacilles, staphylocoques, une fois; colibacilles et staphylocoques, une fois.

Résultats très bons	27,5 %
Résultats bons	55 %
Résultats médiocres	11 %
Résultats nuls	5,5 %

Je dois signaler que, dans ces cas, la périmétrite a toujours été influencée plus vite et mieux que la métrite du col.

Avant de m'occuper des résultats acquis avec des salpingites, je dois préciser que le traitement vaccinothérapique des métrites *dure de trois semaines à deux mois*.

C) *Salpingites.*

Dans un premier groupe je classe 32 malades dont la salpingite était très intense et la métrite concomitante était à l'arrière-plan, du fait même de cette intensité. Je distingue parmi elles trois catégories étiologiques.

Salpingites gonococciques paraissant pures.

Elles sont de beaucoup les plus nombreuses, puisque

j'en ai observé 25. Les résultats acquis dans ces cas ont été très beaux dans l'ensemble.

J'appelle *parfaits*, les résultats qui ne permettent pas à un gynécologue de retrouver, peu de semaines après le traitement, trace d'une salpingite intense, comme cela advint chez une malade hospitalisée chez M. Basset, pour salpingite double aiguë avec réaction péritonéale vive, grosse masse bilatérale, et qui, deux mois après la fin de son traitement par vaccination régionale (qui avait duré dix-huit jours) consulta le Professeur J.-L. Faure pour savoir si elle était guérie : ce maître lui déclara qu'elle n'avait absolument rien d'anormal et que, même, il lui paraissait improbable qu'elle ait jamais eu quoi que ce soit de sérieux à ses trompes.

J'appelle *bons* et *très bons*, les résultats où le processus inflammatoire est complètement interrompu de façon stable; mais où le retour anatomique à la normale n'est pas entièrement acquis.

Les résultats *assez bons* concernent les femmes qui, très améliorées, souffrent encore un peu au toucher des trompes dont les lésions cicatricielles sont palpables. *Médiocres* sont ceux où la récurrence semble redoutable et les résultats cliniques insuffisants. Voici comment se classent mes malades :

Résultats parfaits	20 %
Résultats très bons	36 %
Résultats bons	28 %
Résultats assez bons	8 %
Résultats médiocres	8 %

Ce qui donne 84 % de malades cliniquement guéries.

La durée du traitement est, en général de 15 à 25 jours, les neuf dixièmes de l'amélioration étant déjà obtenus après 7 à 10 jours, en sorte qu'on peut, si cela est utile à la malade, la laisser se lever et sortir après ce laps de temps.

Salpingites colibacillaires paraissant pures.

J'en ai observé cinq. Trois ont obtenu un résultat très bon, deux un résultat bon. Les cinq fois, l'action sur la constipation (quatre cas) ou la diarrhée (un cas) concomitantes ont été remarquables.

Salpingites à la fois gonococciques et colibacillaires

J'en ai vu quatre : deux ont été très bien, et deux bien guéries.

D) *Salpingites aiguës, subaiguës, ou chroniques avec métrite importante.*

J'ai soigné 59 malades de ce type, nous allons les ranger elles aussi, en trois catégories étiologiques :

Salpingo-métrite gonococcique.

Elles sont au nombre de 42 dont deux ont été incomplètement soignées. Le tableau suivant rend compte des résultats acquis, en considérant chez chaque malade la métrite et la salpingite.

	MÉTRITES	SALPINGITES
Résultats parfaits.....	2,5 %	12,5 %
» très bons.....	22,5	37,5
» bons.....	52,5	42,5
» assez bons.....	12,5	»
» médiocres.....	5	2,5
» nuls,.....	5	5

Cela donne, dans l'ensemble, pour la métrite de ces 40 malades, 78 % de résultats au moins bons, et pour leurs salpingites, 92 % de bons résultats.

Il est intéressant de constater que la proportion des bons résultats acquis chez ces femmes, tant pour leur métrite que pour leur salpingite, est du même ordre de grandeur

que ceux obtenus chez les femmes ayant seulement ou de la métrite ou de la salpingite.

Salpingo-métrites colibacillaires.

J'en ai observé quatre seulement. Deux ont eu un très bon résultat, deux autres un bon résultat, aussi bien du côté des trompes que de celui du col.

*Salpingo-métrites à la fois gonococciques
et colibacillaires.*

Elles sont au nombre de treize, dont trois sont à déduire pour insuffisance de traitement.

Résultats parfaits	9 %
Résultats très bons	27 %
Résultats bons	54 %
Résultats nuls	9 %

E) *Bartholinites.*

J'ai eu l'occasion d'en soigner douze. Onze étaient gonococciques, qui ont donné les résultats suivants :

Résultats parfaits	54,5 %
Résultats très bons	36,3 %
Résultats bons	9 %

Une bartholinite colibacillaire a parfaitement guéri. »

Et l'auteur conclut ainsi : « La vaccination régionale par la porte d'entrée qui m'a paru puissante à combattre l'infection gonococcique et l'infection colibacillaire, quelle que soit leur localisation, se révèle capable de rendre de grands services aux femmes atteintes de manifestations génitales, des mêmes infections, isolées ou associées. Or le gonocoque et le colibacille m'ont paru très souvent en cause chez les 230 malades que j'ai soignées : le premier 184 fois, le second 90 sur 230.

...La vaccination par la porte d'entrée, calme ou anéantit le processus inflammatoire. Elle n'agit pas *directement* sur les lésions anatomiques intenses ou anciennes.

L'action sur les métrites est donc bonne, mais insuffisante pour guérir l'hyperplasie glandulaire. L'action sur les salpingites est souvent merveilleuse, habituellement très bonne. Les cautérisations au néo-Filhos peuvent être utilisées pour achever de guérir une métrite déjà améliorée, sans crainte de réactions périmétritiques ou salpingées chez les femmes qui avaient une périmétrite ou une salpingite intenses, quand elles ont été d'abord soumises à la vaccination régionale par la porte d'entrée.

L'action sur les bartholinites suppurées est excellente. »

Pour être complet, et donner de la méthode de Poincloux une notion aussi exacte que possible, au moins dans ses résultats, nous avons cru nécessaire d'ajouter à ces résultats ceux que les auteurs ont obtenus en dehors de la gynécologie.

B) Complications articulaires de la blennorragie.

Après avoir traité dix-huit malades atteints de cette affection, les auteurs ont été amenés à formuler les conclusions suivantes : (1)

« Il est permis de dire qu'un rhumatisme ou une arthrite blennorragique traité au début de son apparition en vaccinant par la porte d'entrée, ne doit plus être douloureux après une dizaine de jours de traitement et que la guérison définitive doit être obtenue après quelques injections supplémentaires pendant les dix jours suivants.

Pour les arthrites déjà anciennes, au moment où l'on intervient, la sédation de la douleur qui correspond à l'interruption du processus inflammatoire est obtenu aussi rapidement en une dizaine de jours, souvent bien plus vite.

(1) COPELOVICI. — Thèse de Paris, 1929, page 57.

Mais, dans de tels cas, d'une part, la guérison suppose la réparation des lésions analogues plus ou moins profondes qui ne peut être obtenue que lentement et, trop souvent partiellement et, d'autre part, au cours de la reprise des mouvements, au cours des massages et de la mobilisation forcée, l'infection pourra se réveiller obligeant à de nouvelles vaccinations régionales par la porte d'entrée. Ces interventions restent puissantes à interrompre le nouveau processus inflammatoire, elles y parviennent même aisément.

Bien entendu, il nous manque du recul pour apprécier l'évolution dans le temps des arthrites soignées par la vaccination régionale par la porte d'entrée. Nous pourrions dire déjà que cette méthode donne des résultats en tout cas très supérieurs aux procédés jusqu'ici employés; prise à part, la sérothérapie intraveineuse de Ravaut, qui exerce, elle aussi, une influence rapide et très favorable sur les douleurs des arthrites gonococciques, mais la méthode de Ravaut offre des inconvénients très sérieux en raison des phénomènes de choc, auxquels son emploi expose les malades : de plus, il ne semble pas qu'elle soit aussi efficace pour prévenir les récides. Nous croyons que l'utilisation précoce du vaccin régional par la porte d'entrée permettra toujours d'éviter des enraidissements articulaires, des immobilisations plâtrées et des interventions chirurgicales. Ces dernières ayant été jusqu'à maintenant, dans bien des cas, la seule ressource thérapeutique vraiment efficace contre certaines arthrites gonococciques aiguës. » (1)

C) Orchi-épididymites gonococciques.

Dans cette affection (14 cas traités) les résultats « sont, au premier abord, moins saisissants du fait que cette compli-

(1) Ces résultats ont été confirmés par la suite : BASSET et POINCELOUX (Soc. Chir., 5 mars 1930). Sur 39 cas d'arthrites blennorragiques : 90,8 % de bons résultats.

cation de la blennorragie est loin d'avoir la gravité des manifestations articulaires et péri-articulaires de l'affection gonococcique.

Cependant, le fait que, grâce à la vaccination régionale par la porte d'entrée, l'écoulement uréthral se trouve, pour ainsi dire, toujours tari en même temps que l'orchi-épididymite se guérit, constitue un progrès très grand dans le traitement de cette affection. En outre, la durée moyenne de l'orchi-épididymite qui est avec le traitement classique de 15 à 20 jours, se trouve raccourci de 7 à 10 jours. Jusqu'à maintenant, sauf dans un cas qui était à la vérité peu typique, nous n'avons pas observé de récurrence de l'orchite ou d'écoulement chez les malades que nous avons soignés. » ⁽¹⁾

D) Uréthrites chroniques.

Les trois cas rapportés ont tous été guéris, du moins cliniquement, bien que très anciens (un cas datant de seize ans) après un traitement variant de trois à six injections.

Cet exposé des résultats de la méthode de Poincloux n'a pas la prétention d'être absolument complet. Il permet cependant de se faire une idée assez exacte de sa valeur thérapeutique d'après l'expérience même des auteurs.

D'autre part, en les comparant aux résultats que nous avons obtenus nous-mêmes en gynécologie, nous verrons dans quelle mesure nous pourrions les confirmer comme aussi y apporter les réserves que nous serons alors en droit de formuler.

(1) COPELOVICI. — Thèse de Paris, 1929, page 108.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Avant de juger, et de critiquer s'il y a lieu, une méthode qui paraissait solidement établie sur les faits, il nous a paru indispensable d'appliquer nous-mêmes une thérapeutique qui avait déjà fait ses preuves et nous présentait les plus incontestables garanties.

Dans ces conditions, nous avons traité un certain nombre de malades, surtout dans le service de mon Maître, le Professeur Guyot (23 cas), mais aussi dans le service de MM. les Professeurs Cruchet (3 cas), Charrier (2 cas), Joulia (4 cas), de M. le Docteur Bousquet (1 cas), que je remercie bien sincèrement ici de leur accueil si bienveillant.

Trente-trois observations ont pu être ainsi relevées.

Nous les avons classées par syndromes. L'exposé en sera plus clair, croyons-nous, et les comparaisons plus faciles :

- 1° Métro-annexites aiguës ou subaiguës récentes;
 - 2° Poussées de métro-annexites aiguës ou subaiguës au cours d'une évolution chronique;
 - 3° Métro-annexites chroniques;
 - 4° Vulvo-vaginites : *a*) enfants; *b*) adultes;
 - 5° Arthrites gonococciques.
-

Méthro-annexites aiguës ou subaiguës récentes.

4 cas..... 4 guérisons cliniques.

(Obs. 1, 2, 3 et 4.)

OBSERVATION N° 1

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Méthro annexite aiguë bi-latérale avec pelvi-péritonite et pyosalpinx gauche ouvert dans le rectum.*

Résultat : Guérison clinique.

D..., Marguerite, 32 ans, ménagère. — Entre pour douleurs dans le bas-ventre et pertes fétides.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à trois semaines (6 septembre).

Brusquement, dans l'après-midi, la malade est prise de douleurs abdominales diffuses, d'intensité moyenne, sans irradiation, sans nausées. La malade peut continuer son travail, mais très péniblement.

Le lendemain (7 septembre), elle peut encore se lever, bien que souffrant beaucoup.

La douleur est calmée par le repos, mais elle augmente par la suite et devient très forte pendant la nuit suivante.

Vomissements bilieux. Pas de constipation. Le médecin appelé diagnostique une appendicite, et conseille le traitement médical (régime, glace). La malade continue à souffrir, à vomir; des pertes très abondantes et fétides apparaissent. La malade ne peut préciser sa température.

L'état restant stationnaire, elle entre à l'hôpital.

Antécédents. — Toujours bien réglée, n'a jamais souffert ni eu de pertes avant d'être malade.

Le traitement médical qu'elle suit depuis 16 jours n'a pas amené d'amélioration appréciable.

24 septembre. — *Examen* : Etat général très atteint, facies légèrement amaigri et vultueux. Urines troubles.

Température à 38°2.

La malade ne souffre pas beaucoup spontanément.

A la palpation de l'abdomen, on trouve une défense nette de la paroi, surtout à droite. Les points annexiels sont douloureux, surtout à gauche. On sent à ce niveau une masse allongée dans la fosse iliaque.

Toucher vaginal. — Col enflammé, métritique. Culs-de-sac latéraux comblés par des masses annexielles volumineuses, très douloureuses et complètement fixées. Légère fluctuation à gauche.

L'utérus est bloqué. Les tentatives de mobilisation sont extrêmement douloureuses. *La malade est gênée pour uriner, mais pas de brûlures.*

Cependant, à l'examen, *le méat paraît rouge et béant.*

Les membres inférieurs sont légèrement œdématisés, surtout à gauche. Points douloureux veineux (phlébite ?).

En résumé : métro annexite aiguë bi-latérale, avec pelvipéritonite, pyo-salpinx probable à gauche (probablement gonococciques par leur histoire clinique).

25 septembre. — La malade dit avoir des selles purulentes depuis quelques jours. L'examen est nettement positif. Le pyo-salpinx gauche est probablement ouvert dans le rectum.

On décide de continuer le traitement médical : injections, glace sur le ventre, régime; auquel on ajoute du *vaccin polyvalent sous-cutané (propidon)* tous les deux jours.

25 septembre. — 1 centimètre cube vaccin propidon (réaction locale très douloureuse nécessitant des pansements humides).

Résultat : néant.

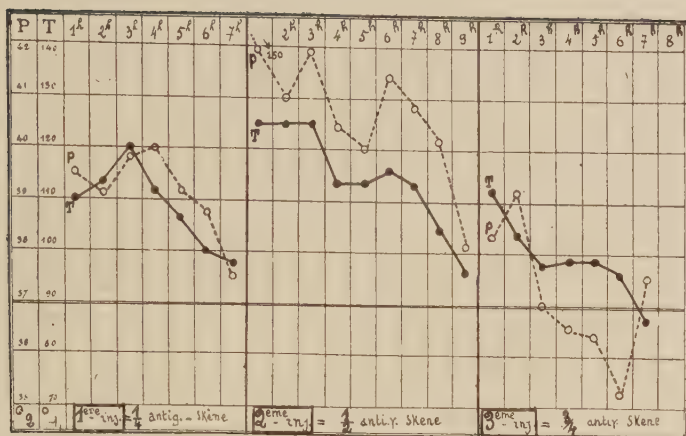
27 septembre. — 4 centimètres cubes vaccin propidon.

Même suite douloureuse, même résultat.

30 septembre. — 4 centimètres cubes vaccin propidon.

Même suite douloureuse, même résultat.

1^{er} octobre. — L'état de la malade est absolument stationnaire, tous les signes persistent, aussi intenses, sauf les pertes qui ont disparu. On décide :



11 octobre. — 4° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 38°9; pouls 124; durée 9 heures.

16 octobre. — 5° 1 centimètre cube antigono Skene.

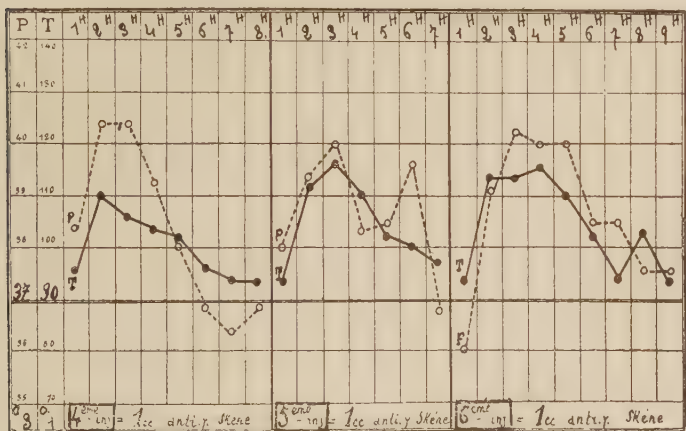
Réaction forte. — Température 39°7; pouls 120; durée 9 heures.

Résultats : l'amélioration persiste.

22 octobre. — 6° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39°7; pouls 124; durée 10 heures.

Résultats : l'amélioration persiste.



29 octobre. — *Examen.* — Etat général : très bon, facies normal. La malade s'alimente depuis plusieurs jours, le palper abdominal est complètement indolore. Le toucher vaginal montre un col déchiqueté de consistance normale, un corps utérin en rétroversion, dont la mobilisation est complètement indolore et la mobilité presque normale.

Les culs-de-sac droit et gauche sont libres, complètement indolores, *sans masses annexielles perceptibles*; le cul-de-sac antérieur est normal, le cul-de-sac postérieur est légèrement douloureux.

La guérison se confirme par la suite, et la malade sort guérie sans avoir été opérée.

Conclusion. — Guérison clinique d'une métro-annexite aiguë bi-latérale (avec pyo-salpinx gauche ouvert dans le rectum) datant de trois semaines.

Le traitement médical simple et la vaccinothérapie sous-cutanée étant restés sans résultats, l'action a surtout été nette sur la température dès la première piquûre, sur les signes fonctionnels dès la seconde, et sur les signes physiques après la série complète.

Durée totale : 20 jours.

OBSERVATION N° 2

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic. — *Méto-annexite subaiguë gonococcique avec arthrites sterno-claviculaire et scapulaire droites.*

Résultats. — Guérison clinique.

(La prédominance manifeste des lésions au niveau des articulations a fait classer cette observation avec les arthrites.)

OBSERVATION N° 3

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostique. — *Méthro-annexite subaiguë.*

Résultat. — Guérison clinique.

E... Germaine, 17 ans, piqueuse. — Entre pour douleurs dans le bas-ventre, brûlures à la miction, pertes verdâtres.

Histoire de la maladie. — Alors que la malade se portait très bien auparavant, elle est prise brusquement, au mois de juillet 1930, de *douleurs* dans le bas-ventre.

Les règles qui étaient apparues deux jours auparavant s'arrêtent. Ces douleurs sont très intenses, surtout à gauche, irradiant dans les reins. Elles durent une journée environ.

Des pertes verdâtres apparaissent à ce moment, et durent encore.

Constipation, pas de brûlures à la miction.

Traitement : compresses chaudes et repos au lit.

Amélioration sensible.

Par la suite, la malade garde quelques douleurs légères dans le bas-ventre, avec des pertes.

5 septembre 1930. — Rechûte : les douleurs augmentent, *les brûlures à la miction apparaissent*, la malade se sent très gênée dans son bas-ventre qui reste complètement douloureux. Elle est obligée de suspendre son travail.

27 septembre. — *Examen* : état général bon, facies normal. Température 38°2.

La palpation de l'abdomen montre une paroi souple avec points annexiels douloureux, surtout à gauche.

Spontanément, la malade au repos, ne souffre pas du ventre. Simplement, *quelques brûlures à la miction* et des douleurs sourdes dans les reins.

Toucher vaginal : très douloureux.

L'urètre est extrêmement sensible. La malade se défend beaucoup et rend l'examen presque impossible. Les culs-de-sac sont douloureux, mais paraissent assez souples. Pas de masses annexielles nettes.

13 octobre. — Depuis son entrée, la malade, très améliorée par le repos et le traitement médical a recommencé à souffrir, quand on lui a enlevé la glace à cause de ses règles.

Les pertes ont presque disparu.

Les frottis des mucosités cervicales et urétrales (Laboratoire Hôpital Boursier) montrent une flore polyvalente où l'on a cependant pu mettre le gonocoque en évidence. On décide :

Série vaccin antigono chauffé Institut Pasteur par la porte d'entrée.

16 octobre. — 1° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne. — Température 38°5; pouls 136; durée 10 heures.

Résultats : amélioration très nette de la douleur, *les brûlures à la miction ont disparu*, la température redevient normale (36°6 le 17 octobre).



18 octobre. — 2° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

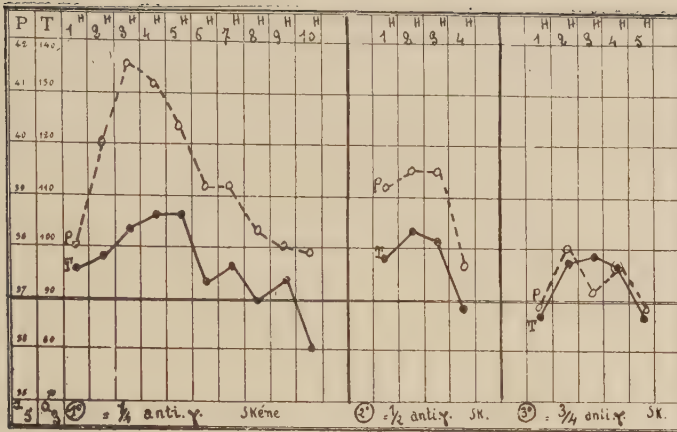
Réaction. — Température 38°4; pouls 116; durée 4 heures.

Résultats : l'amélioration persiste.

20 octobre. — 3° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction faible. — Température 37°8; pouls 100; durée 4 heures.

Résultats : *la malade ne souffre plus du tout* (du bas-ventre comme à la miction).



23 octobre. — 4° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction faible. — Température 37°4; pouls 100; durée 7 heures.

Résultats : l'amélioration persiste, mais le malade fait un abcès dentaire qui provoque une hausse de la température.

Traitement : pansements humides et lavages de bouche.

27 octobre. — L'abcès dentaire s'est résorbé facilement sous le traitement.

5° 1 centimètre cube antigono Skene.

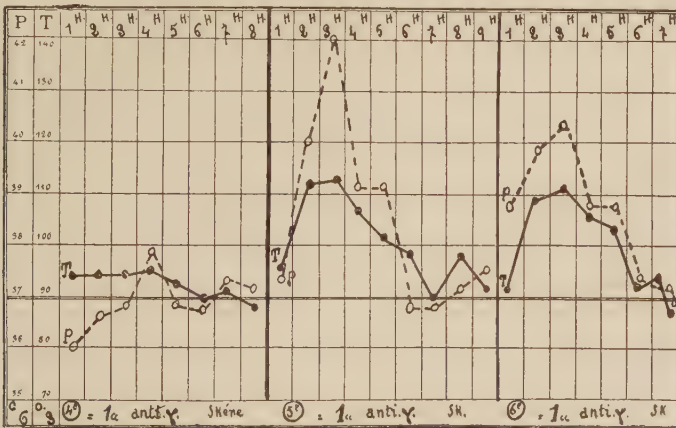
Réaction moyenne. — T. 39°4; pouls 140; durée 9 heures.

Résultats : sans changement.

30 octobre. — 6° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne.

Résultats : sans changement. L'amélioration se confirme.



Conclusion : Guérison clinique d'une métro-annexite gonococcique subaiguë, avec troubles urinaires datant de quatre mois, ayant résisté en grande partie au traitement médical.

L'action a été remarquablement nette sur les brûlures à la miction dès la première piqûre, et sur les douleurs dès la troisième (quatrième jour à partir duquel la malade commence à se lever sans souffrir).

Durée totale : 14 jours.

OBSERVATION N° 4.

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Méto-annexite subaiguë récente post-abortum.*

Résultats : Guérison clinique.

L..., 38 ans. — Entre le 21 octobre 1930 pour hémorragie.

Histoire de la maladie. — La malade fait dans le service un avortement typique complété par un curage digital le 22 octobre, dont les suites sont normales; mais, au début de novembre, la malade commence à souffrir du bas-ventre.

Douleur surtout à droite, sourde, à peu près continue, avec quelques brûlures à la miction.

Pas de pertes; la température dépasse quelquefois 37°.

Examen (13 novembre). — La palpation abdominale montre un point douloureux annexiel droit sans défense de la paroi.

Toucher vaginal : Col gros, entr'ouvert, un peu mou, un corps utérin augmenté de volume, ramolli et indolore. On trouve, à droite, une masse annexielle en partie bloquée dans le Douglas, fixée et très douloureuse. Empâtement léger.

En résumé : annexite droite résiduelle post-abortum.

Le traitement médical, institué dès les premiers jours, reste sans résultat.

L'examen des frottis (Laboratoire Hôpital Boursier) est négatif.

On décide une série mixte :

Vaccin antigono chauffé Institut Pasteur et vaccin antimétritique polyvalent Im. 41, par la porte d'entrée.

14 novembre. — 1° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

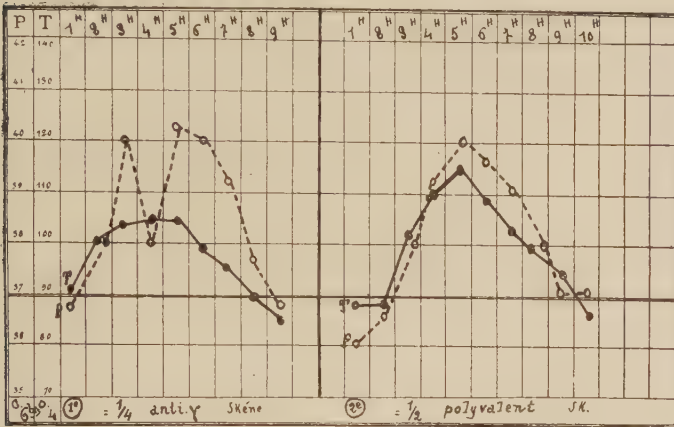
Réaction moyenne. — Température 38°4; pouls 124; durée 9 heures.

Résultats : les brûlures à la miction ont disparu. La température est au-dessous de 37°. Les annexes sont moins douloureuses au toucher vaginal.

17 novembre. — 2° 1/2 centimètre cube, Im. 41 Skène.

Réaction faible. — Température 39°4; pouls 120; durée 9 heures.

Résultat : sans changement.



21 novembre. — 3° 3/4 centimètres cubes antigono Skene.

Réaction forte. — Température 40°2; pouls 154; durée 11 heures.

La malade est très choquée, céphalée intense avec vomissements et cyanose.

Résultat : la malade se sent très soulagée, et « libérée » de son bas-ventre.

Les douleurs ont complètement disparu.

27 novembre. — 4° 1 centimètre cube, polyvalent Im. 41.

Réaction forte. — Température 39°6; pouls 120; durée 8 heures.

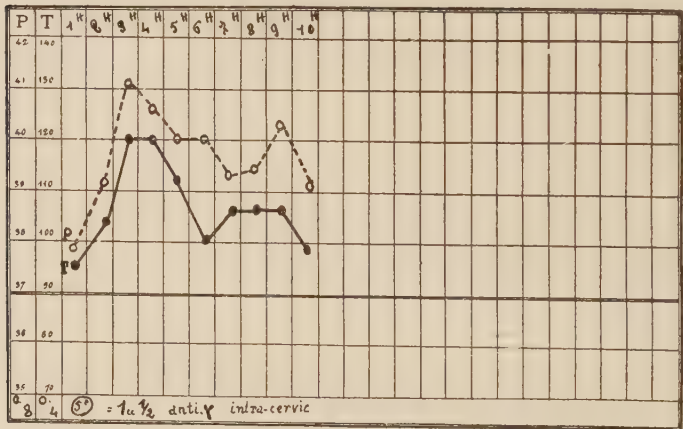
Résultats : la guérison se maintient.



2 décembre. — 5° 1 centimètre cube 1/2 antigono intra-cervical.

Réaction très forte. — Température 40°; pouls 130; durée 13 heures.

Résultats : la guérison se maintient.



11 décembre. — La malade se lève, reste apyrétique.

Elle est cliniquement guérie.

Toucher vaginal : négatif.

Conclusion : guérison clinique d'une métro-annexite subaiguë datant de quinze jours, ayant résisté au traitement médical.

L'action a été surtout nette sur les brûlures à la miction dès la première piqûre, sur les douleurs dès la troisième (septième jour) et sur les signes physiques après la cinquième (dix-huitième jour).

Durée totale : 18 jours.

**Poussées de métro-annexites aiguës ou subaiguës
au cours d'une évolution chronique.**

Six cas	} Une guérison clinique, Cinq améliorations.
---------------	---

(Obs. 5, 6, 7, 8, 9 et 9 bis.)

OBSERVATION N° 5

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Méto-annexite subaiguë*.

Résultat : Amélioration.

P... Rachel, 25 ans, ménagère. — Entre pour douleurs dans le bas-ventre et pertes abondantes.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à mai 1930 (3 mois) par des douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs sont continues. Ce sont des sensations de pesanteur et de torsion, surtout à gauche, sans irradiation. Elles n'ont jamais obligé la malade à s'arrêter.

Les pertes jaunâtres sont quelquefois sanguinolentes. Elles ont apparu dès les premiers accouchements.

1^{er} juillet. — Crise de douleurs brusques, intenses, au niveau du bas-ventre, à gauche, avec nausées et fièvre. La malade est obligée de se coucher. Par la suite, elle ne peut reprendre ses occupations de façon continue.

La température reste autour de 38°6 le soir.

12 juillet. — L'état s'aggrave, la malade souffre trop pour pouvoir se lever. Elle entre à l'Hôpital..

Antécédents : Pylonéphrite post-partum; pertes blanches depuis son premier accouchement.

13 juillet. — Examen : la palpation du ventre est très douloureuse, surtout à gauche.

Toucher vaginal : col mou, entr'ouvert, masse annexielle fluctuante de la grosseur d'un poing, très douloureuse dans le cul-de-sac gauche. L'utérus est en avant, petit et fixé.

20 août. — Après l'épreuve du traitement médical, on constate une amélioration très nette. La température et le pouls sont devenus normaux. L'état général est bon, mais les pertes restent très abondantes.

La masse annexielle gauche n'est plus fluctuante, mais reste très douloureuse. L'utérus est fixé, la malade souffre encore au niveau des reins.

Brûlures intenses à la miction.

L'état paraissant stationnaire depuis plusieurs jours et le traitement médical simple paraissant ne plus agir, on décide le traitement vaccinal.

Série mixte vaccins polyvalent antimétritiques Im. 41 et vaccin antigono par la porte d'entrée.

27 août. — 1° 1/4 centimètre cube Im. 41 glande Skene.

Réaction faible. — Température 37°; pouls 110; durée 5 heures.

Résultats pas appréciables.

30 août. — 2° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

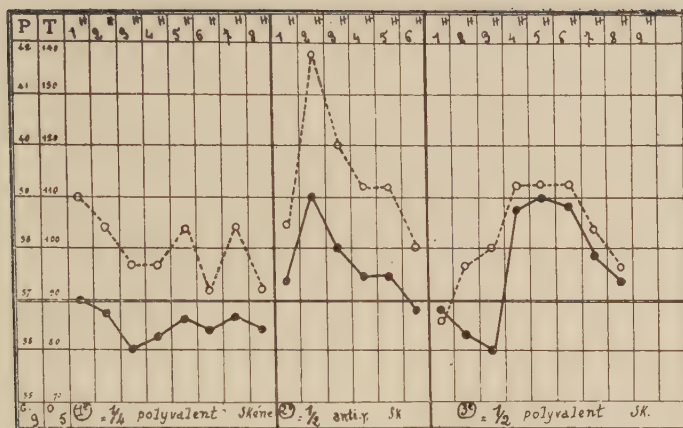
Réaction forte. — Température 39°; pouls 136; durée 5 heures.

Résultats pas appréciables.

2 septembre. — 3° 1/2 centimètre cube Im. 41 glande Skène.

Réaction forte. — Température 39°; pouls 112; durée 4 heures.

Résultats : les brûlures à la miction, les douleurs dans les reins, et les pertes diminuent.



4 septembre. — 4° 1/2 centimètre cube antigono Skene.
Réaction forte. — Température 40°2; pouls 160; durée
8 heures.

Résultats : l'amélioration se confirme.

8 septembre. — 5° 3/4 centimètre cube, Im. 41 glande Skène.

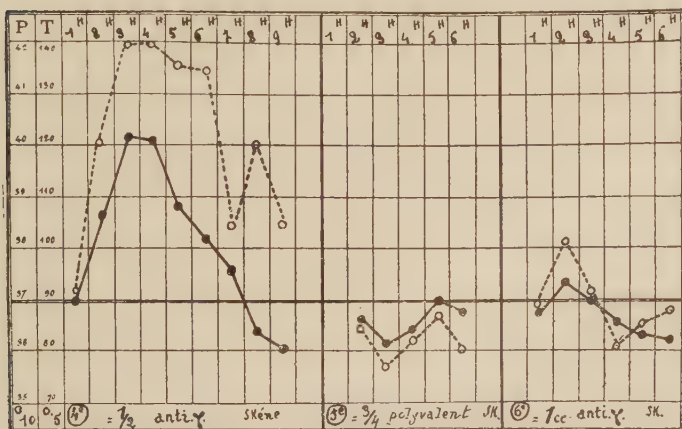
Réaction : nulle.

Résultat : sans changement.

10 septembre. — 6° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction : nulle.

Résultat : les douleurs et les pertes ont disparu.



12 septembre. — Après le traitement vaccinal, la malade présente :

- 1° Une amélioration très nette de l'état général.
- 2° Disparition des troubles urinaires et des pertes.
- 3° Au toucher vaginal, la masse annexielle a nettement diminué, le cul-de-sac postérieur, légèrement empâté, n'est plus douloureux.

La mobilisation utérine, bien qu'incomplète, est indolore. Les lésions annexielles paraissent assez importantes pour justifier l'intervention.

17 octobre. — *Opération hystérectomie subtotale* (Professeur Guyot).

Dès le ventre ouvert, on constate des lésions annexielles assez importantes. Ces annexes sont décollées au doigt et à la compresse. *On ne voit pas de pus.*

L'hystérectomie est faite suivant le procédé américain, péritonisation, réfection de la paroi.

Les suites sont normales.

L'examen des pièces a montré des lésions assez importantes, surtout à gauche, mais anciennes et cicatrisées.

L'examen du liquide puriforme trouvé dans la trompe droite a été négatif.

Conclusion : Amélioration nette des signes fonctionnels, et des signes physiques, mais insuffisante pour éviter l'opération.

Durée totale du traitement vaccinal : 14 jours (6 injections).

OBSERVATION N° 6.

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Méthro-annexite aiguë.*

Résultat : Amélioration importante.

L... Madeleine, 21 ans. — Entre pour douleurs dans le bas-ventre et pertes verdâtres.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à trois ans, époque de son mariage.

A ce moment, *douleur* continue avec sensation de torsion et de morsure dans le bas-ventre, surtout à droite; irradiation dans les reins et dans les cuisses.

La malade a présenté des crises paroxystiques se produisant par périodes de huit jours tous les mois; très intenses, elles forcent la malade à suspendre son travail.

Pas de nausées.

Durée d'un quart d'heure à une demi-heure environ.

Dans l'intervalle des crises, la douleur diminue sans disparaître jamais.

Pertes verdâtres abondantes, brûlures intenses à la miction.

Quatre mois après, la malade fait une grossesse pendant laquelle elle continue à souffrir et est obligée de rester continuellement étendue. L'accouchement est normal (22 mai 1928). Par la suite, les douleurs augmentent.

La malade continue toujours à souffrir avec des périodes d'aggravation et d'accalmie, jusqu'au 13 septembre 1930, où une crise plus intense l'oblige à entrer à l'hôpital.

Depuis le début, et par longues périodes, la malade a suivi un traitement médical simple.

Antécédents. — La malade a présenté, à plusieurs reprises, des crises d'épilepsie.

A l'examen : état général bon, facies normal; température 37° 6, urine trouble.

La palpation de l'abdomen montre une défense de tout le bas-ventre avec douleur diffuse sans localisation précise.

Toucher vaginal : extrêmement douloureux. La malade se défend beaucoup. Vaginisme intense, on ne peut rien sentir de net.

En résumé : métro-annexite avec pelvi-péritonite.

Bien que les frottis montrent une flore polyvalente, la clinique indique une origine gonococcique probable.

On décide une :

Série de vaccins antigono chauffé de l'Institut Pasteur, par la porte d'entrée.

A ce moment, la malade présente :

1° *Douleur* spontanée intense au niveau du bas-ventre

interdisant le moindre mouvement, et qui lui arrache des cris dès qu'on veut la mobiliser.

2° Pertes très abondantes.

3° Brûlures intenses à la miction.

17 septembre. — 1° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39°; durée 8 heures.

Résultats : *amélioration très nette*; la malade souffre très peu spontanément, elle se remue facilement dans son lit sans trop souffrir. *Les pertes ont disparu.*

19 septembre. — L'amélioration persiste.

Toucher vaginal : reste douloureux, les culs-de-sac sont un peu empâtés et douloureux, la défense abdominale reste importante et empêche le palper bi-manuel.

20 septembre. — 2° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39°4, durée 8 heures.

Résultats : l'amélioration persiste. La malade souffre toujours en urinant. Elle commence à s'asseoir sur son lit.

23 septembre. — Le toucher vaginal est absolument indolore, les culs-de-sac sont souples et non douloureux. 3° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction faible. — Température 37°5; durée 3 heures.

Résultats : l'amélioration persiste.

24 septembre. — La malade continue à souffrir en urinant. On conseille :

Uroformine, 0 gr. 50 pour un cachet n°2 par jour.

25 septembre. — 4° 1 centimètre cube antigono Skene dans le col utérin.

Réaction faible. — 37°8; durée 3 heures.

Résultats : l'amélioration persiste. Depuis l'administration d'uroformine, les brûlures à la miction ont disparu.

Elles reparaissent par la suite le 26 et 27 septembre, au moment d'une petite poussée fébrile avec douleur dans le bas-ventre.

29 septembre. — 5° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39°9.

Résultats : sans changement.

4 octobre. — 6° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39°5; pouls 128; durée 8 heures.

Résultats : sans changement.

En résumé : amélioration très nette au début du traitement portant sur tous les signes.

Par la suite, rechute partielle avec prédominance des signes urinaires.

Conclusion. — Amélioration importante d'une métro-annexite aiguë gonococcique, après échec du traitement médical institué depuis très longtemps.

Action surtout nette sur les douleurs.

Durée totale : 18 jours.

OBSERVATION N° 7.

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Méto-annexite bi-latérale.*

Résultat : Amélioration.

L... Antoinette, 44 ans. — Entre le 18 septembre pour douleurs dans le bas-ventre et fièvre.

Histoire de la maladie. — Alors que la malade était bien portante auparavant, elle est prise dès le début du mois de septembre, après ses règles, de douleurs au niveau du bas-ventre, des deux côtés. Sensations d'élançement irradiant dans les cuisses et diminuant au repos, sans disparaître jamais.

Elles augmentent à la fatigue et obligent la malade à s'arrêter définitivement.

Onze jours après le début, crise douloureuse très intense ayant le même siège et les mêmes caractères.

Pas de vomissements, fièvre (?).

Depuis son entrée à l'Hôpital, les crises se reproduisent intenses (trois ou quatre depuis neuf jours), la douleur augmente, malgré la glace et le traitement médical. Des pertes apparaissent, abondantes et fétides, ainsi que des brûlures à la miction.

La température reste élevée. L'état général est atteint.

26 septembre. — A l'examen, la malade paraît très fatiguée, elle a tous les aspects d'une grande infectée. Sa température oscille entre 38° et 38°5 depuis neuf jours. Léger tuphos.

La palpation abdominale est très douloureuse des deux côtés et sur la ligne médiane.

Toucher vaginal : col déchiqueté, légèrement entr'ouvert. Le cul-de-sac droit est empâté et légèrement douloureux. Le cul-de-sac gauche de même. Le cul-de-sac postérieur est dur, surtout à gauche et extrêmement douloureux. Le corps utérin paraît un peu gros entouré de deux masses annexielles qui paraissent volumineuses mais difficilement appréciables car la malade se défend beaucoup.

La mobilisation utérine est très douloureuse, sa mobilité est très diminuée.

Les selles sont purulentes et fétides depuis deux jours. La malade a probablement ouvert une collection suppurée dans son rectum. La température reste élevée.

En résumé, métro annexite aiguë bi-latérale avec pyo-salpinx probable.

L'examen des mucosités cervicales et uréthrales (laboratoire du Professeur Mauriac), montre une flore microbienne abondante et variée.

Série mixte vaccin antigono chauffé Institut Pasteur et vaccin anti-métritique polyvalent Im. 41, par la porte d'entrée.

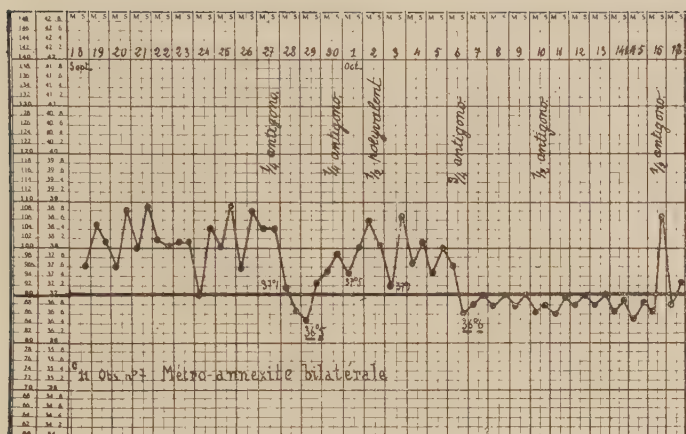
27 septembre. — 1° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39°8; pouls 130; durée 7 heures.

Résultats : la malade reste très fatiguée. Le tuphos paraît diminuer, la douleur spontanée a complètement disparu, la malade peut se tourner facilement dans son lit.

Brûlures à la miction disparues.

La douleur provoquée à la palpation a disparu presque complètement à droite et paraît diminuée à gauche. La température a baissé : 37°1; elle n'avait jamais été aussi basse depuis dix jours. Les pertes ont diminué.



30 septembre. — L'état général est nettement meilleur, le tufhos a disparu. L'amélioration se maintient, la température n'est pas remontée.

2° 1/4 centimètre cube antigone Skène.

La dose n'est pas augmentée à cause de l'intensité de la première réaction.

Réaction moyenne. — Température 38°8; pouls 90; durée 7 heures.

Résultats : l'amélioration se maintient.

2 octobre. — 3° 1/2 centimètre cube, Im. 41 Skène.

Réaction forte. — Température 39° 6; pouls 92; durée 9 heures.

Résultats : *dito*.

6 octobre. — 4° 3/4 centimètre cube antigone Skène.

Réaction forte. — Température 40°; pouls 110, durée 10 heures environ.

Résultats : la douleur qui persistait à gauche a presque complètement disparu.

10 octobre. — 5° 1/2 centimètre cube antigone Skène (on diminue la dose à cause de l'intensité de la dernière réaction).

Réaction forte. — Température 39°2; pouls 110.

Résultats : *dito*.

16 octobre. — 6° 1/2 antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39°4; pouls 124; durée 10 heures.

Résultats : l'amélioration persiste.

22 octobre. — Toucher vaginal : col métritique, les culs-de-sac sont souples. A droite, on sent une masse annexielle mobile, du volume d'une orange, absolument indolore.

A gauche, masse annexielle, un peu plus fixe, aussi volumineuse et également indolore.

Le corps utérin, de volume normal, est mobile dans le sens vertical.

4 novembre. — L'état des lésions paraissant stationnaire, l'intervention paraît indiquée.

16 décembre. — *Opération hystérectomie sub-totale* (professeur Guyot).

Dès le ventre ouvert, on trouve de nombreuses adhérences qui masquent l'utérus et les annexes. Leur libération est facile. On la pratique de bas en haut en se servant de la partie médiane du Douglas, qui reste libre. Drainage à la Mickulicz.

Au cours de l'opération, on a été frappé par :

1° L'importance des adhérences indiquant des lésions antérieures intenses;

2° La légèreté et la finesse particulière de ces adhérences effondrées au doigt sans l'intervention des ciseaux;

3° L'absence complète de pus.

Les suites opératoires sont extrêmement simples. La cicatrisation est normale. La malade sort guérie le 5 février 1931.

Conclusion. — Amélioration importante d'une métrite-annexite aiguë bi-latérale qui continuait à s'aggraver malgré le traitement médical.

Action très nette sur la température et sur les douleurs dès la première piqûre.

Durée totale : 19 jours.

OBSERVATION N° 8.

(Service de M. le Professeur CHARRIER.)

Diagnostic : *Méto-annexite aiguë bilatérale.*

Résultat : Guérison clinique.

B... Anita, 26 ans, domestique. — Entre à l'hôpital le 20 septembre 1930 pour douleurs abdominales, pertes jaunes, et brûlures à la miction.

Histoire de la maladie — Alors que la malade n'avait jamais souffert du bas-ventre, mais seulement présenté quelques pertes jaunâtres depuis très longtemps, elle est prise, le mardi 16 septembre, d'une douleur dans le bas-ventre, sans siège bien net, du type colique, sans fièvre, sans nausées, sans irradiation

Durée : un quart d'heure environ.

Cette crise se renouvelle tous les jours à peu près à la même heure. La malade ne s'est pas arrêtée dans son travail.

20 septembre. — Crise brusque très forte avec sensation de torsion extrêmement pénible dans tout l'abdomen, obligeant la malade à se mettre au lit et à prendre une position en chien de fusil.

Pas d'irradiation, fièvre (?), vomissements glaireux.

Calmées en partie par des compresses chaudes, ces douleurs durent quelques heures puis diminuent sans disparaître.

Le médecin appelé l'envoie à l'hôpital.

Antécédents. — Méningite et convulsions dans l'enfance, crises d'épilepsie probable (?).

Règles normales, pertes jaunes depuis très longtemps.

26 septembre. — *Examen* : Facies fatigué. Température à 38° 4.

La palpation de l'abdomen montre une paroi en défense, très douloureuse au niveau des points annexiels surtout à gauche.

Toucher vaginal. — Col enflammé, un peu œdémateux. Cul-de-sac droit empâté. On sent une masse annexielle très

douloureuse. Cul-de-sac gauche très empâté lui aussi, très douloureux, présente une masse allongée dans le sens transversal, peu mobile.

Le palper bi-manuel est impossible, la malade se défend trop. Les culs-de-sac antérieurs et postérieurs sont peu douloureux.

Au speculum. — On trouve un col œdémateux avec un orifice petit, laissant passer quelques glaires jaunâtres peu abondantes.

L'examen des frottis (mucosités cervicales et urétrales) montre une flore polyvalente (laboratoire de M. le Professeur Mauriac).

En résumé : Métro-annexite aiguë bi-latérale.

27 septembre. — Après onze jours de traitement médical simple, la malade n'est que très peu soulagée. Elle présente encore de la température, des *douleurs* intenses au niveau du bas-ventre, des pertes abondantes, des brûlures à la miction, et une constipation opiniâtre. On décide une :

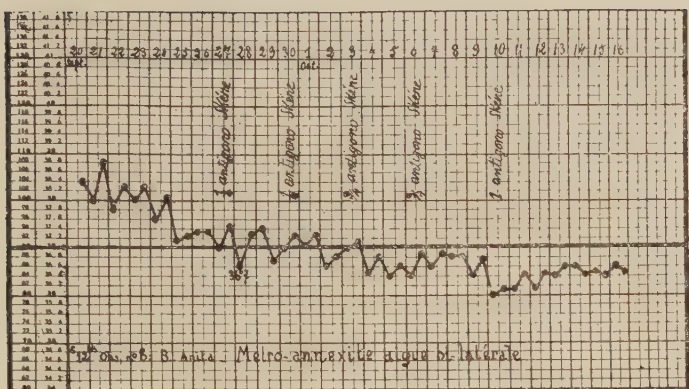
Série de vaccin antigonococcique chauffé de l'Institut Pasteur, par la porte d'entrée (le gonocoque paraissant cliniquement être en jeu).

27 septembre. — 1° 1/4 centimètre cube vaccin antigono Skene.

Réaction forte. — Température 40°; pouls 120; durée 7 heures.

28 septembre. — Résultats : les douleurs ont très nettement diminué, la malade se tourne facilement dans son lit (ce qui lui était pénible auparavant). La *douleur provoquée* à la palpation abdominale a complètement *disparu* à droite et en grande partie à gauche. La paroi se défend beaucoup moins.

La *température*, qui n'était jamais descendue au-dessous de 37° est, ce matin, à 36°7. *Les pertes et les brûlures à la miction ont disparu*. Les selles sont devenues régulières.



30 septembre. — La malade continue à se sentir très soulagée. L'amélioration se maintient sur toute la ligne. La température reste normale.

2° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne. — Température 38° 8; pouls 86; durée 7 heures.

Résultats : l'amélioration se maintient.

2 octobre. — On ne fait pas d'injection aujourd'hui, la malade ayant fait la veille au soir une crise épileptiforme avec perte de connaissance.

L'amélioration se maintient.

3 octobre. — 3° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39; pouls 100; durée 9 heures.

Résultats : dito.

Les selles restent régulières sans laxatif, depuis le début des piqûres.

6 octobre. — 4° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction faible. — Température 37° 2; pouls 80; durée 4 heures.

Résultats : dito.

10 octobre. — 5° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne. — Température 38° 6; pouls 100; durée 9 heures.

Résultats : dito.

16 octobre. — 6° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction faible. — Température 37° 6; pouls 118; durée 8 heures.

Résultats : dito.

29 octobre. — *Examen* : Etat général parfait.

Le toucher vaginal ne montre rien d'anormal, même au point de vue annexiel. Très légère sensibilité du cul-de-sac droit.

Conclusion. — Guérison d'une métro-annexite aiguë avec pelvi-péritonite, datant de dix jours, ayant nettement résisté au traitement médical simple.

L'action surtout nette et complète dès la première piqure sur les douleurs, la température, les pertes, les brûlures à la miction et les selles.

Durée totale : 20 jours.

OBSERVATION N° 9

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Poussée de métro-annexite aiguë avec pelvi-péritonite au cours d'une évolution chronique.*

Résultat : Amélioration

B..., 37 ans, employée de magasin. — Entre pour douleurs dans le bas-ventre, fièvre et point de côté.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à janvier 1925 par des douleurs dans le bas-ventre ayant nécessité le repos au lit.

Crise douloureuse intense en 1927. Dans l'intervalle, la douleur diminue sans disparaître.

En septembre 1930, les douleurs augmentent. Des sensations de brûlures apparaissent qui sont traitées par des pansements gynécologiques, des injections et le repos.

Le 3 février 1931, pour la première fois, douleur extrêmement violente dans tout le bas-ventre, avec pertes jaunâtres abondantes. La malade est obligée de s'aliter.

Le syndrome s'accuse et augmente les jours suivants. Frissons, température à 39/40°.

Le 19 février, point de côté thoracique droit avec toux sèche et dyspnée. On diagnostique un épanchement pleural au début.

Le 25 février, à son entrée à l'hôpital, la malade est en bon état général.

La palpation de l'abdomen est très douloureuse à sa partie inférieure, avec légère défense et empâtement.

Toucher vaginal. — Le col est gros, métritique, complètement bloqué.

A droite, le cul-de-sac est comblé par une masse qui se prolonge jusque dans la fosse iliaque et qui est extrêmement douloureuse.

A gauche, le cul-de-sac est plus dépressible et moins douloureux, mais l'on sent à ce niveau une masse annexielle dure et douloureuse.

Le cul-de-sac postérieur est empâté et très douloureux.

La mobilisation utérine est presque impossible à cause de la douleur. La mobilité utérine est presque nulle.

Appareil pulmonaire : syndrome d'épanchement pleural droit.

Traitement : repos, glace sur le ventre et injections.

Révuulsion thoracique intense.

L'amélioration est très nette dans les jours qui suivent, mais l'état devient bientôt stationnaire, surtout au point de vue génital.

Le 19 avril, la malade souffre encore du ventre spontanément et à la palpation. Les pertes et les brûlures à la miction ont disparu.

Au toucher vaginal, les lésions ont diminué, mais restent très importantes. Le corps est volumineux, médian, remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et extrêmement douloureux. La mobilisation reste très pénible et la mobilité très diminuée; l'ensemble cependant est moins bloqué qu'au début.

Le cul-de-sac droit est devenu un peu souple et plus profond.

La masse annexielle gauche persiste, sans changement.

On décide une série mixte de :

Vaccin antigono chauffé Institut Pasteur et vaccin anti-métritique polyvalent Gremy Im. 41, par la porte d'entrée :

20 avril. — 1° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne. — Température 38° 6; pouls 124; durée 6 heures.

Résultats : douleurs diminuées.

28 avril. — 2° 1/2 centimètre cube polyvalent Gremy Im. 41 Skène.

Réaction nulle.

Résultats : état stationnaire.

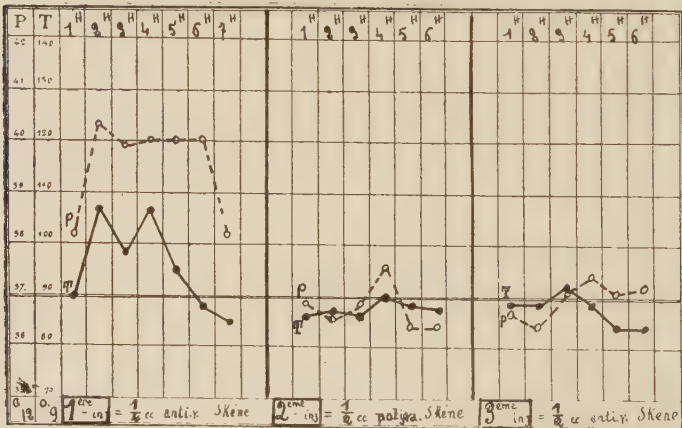
30 avril. — 3° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction nulle.

Résultats : l'amélioration des signes fonctionnels persiste.

Au toucher vaginal, la masse gauche paraît plus mobilisable.

La douleur provoquée est très nettement diminuée.



2 mai. — 4° 3/4 vaccin polyvalent Gremy Im. 41 Skène.

Réaction nulle.

Résultats : l'amélioration se maintient.

4 mai. — 5° 1 centimètre cube antigono Skene.

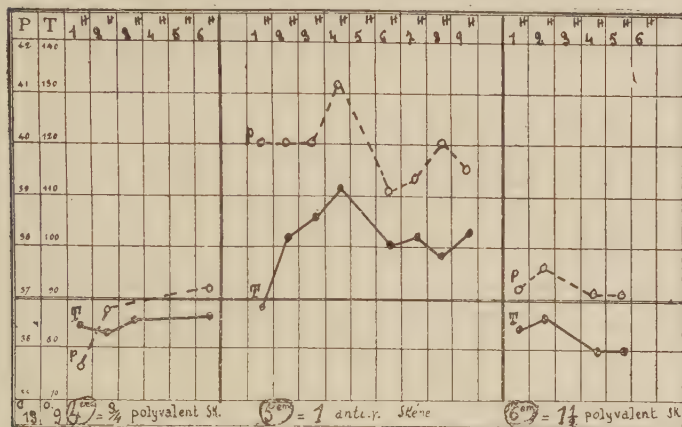
Réaction moyenne. — Température 39°; pouls 132; durée 11 heures.

Résultats : sans changement.

8 mai. — 6° 1 cc 3 1/2 polyvalent Skene.

Réaction nulle. — Température 36° 6; pouls 96.

Résultats : l'amélioration se confirme.



13 mai. — La malade se dit très soulagée et souffre beaucoup moins qu'auparavant.

Toucher vaginal. — Les culs-de-sac sont moins empâtés et les masses annexielles plus facilement délimitées. L'utérus reste peu mobile; sa mobilisation est douloureuse.

En résumé, l'amélioration des lésions bien que très nette, n'a été ni assez rapide, ni assez importante pour qu'on puisse l'attribuer exclusivement au vaccin.

Le 29 mai, la malade est apyrétique depuis longtemps. L'épreuve des règles a été négative, les lésions étant stationnaires, on décide l'intervention.

Opération. — Hystérectomie sub-totale (Dr Jean Villar).

Dès le ventre ouvert (laparotomie médiane sous-ombicale) on découvre le grand épiploon adhérent à une volumineuse masse annexielle gauche qui repousse l'utérus vers la droite.

Après décollement difficile de l'anse sigmoïde adhérente à la tumeur, on ponctionne la masse kystique annexielle qui ramène un pus extrêmement fétide et très abondant.

L'hystérectomie est faite par le procédé américain, de droite à gauche.

On termine l'opération par un drainage à la Mickulicz.

En résumé, kyste suppuré de l'ovaire gauche avec petit utérus d'aspect normal.

Les suites opératoires, malgré l'importance de l'intervention et la présence d'un Mickulicz ont été particulièrement simples. La température n'a jamais dépassé 38° 2.

La bénignité de ces suites opératoires est peut-être due à la vaccination préventive.

Conclusion. — Amélioration d'une métro-annexite aiguë au cours d'une évolution chronique, avec collection purulente gauche, sur laquelle le traitement médical simple n'avait plus aucune action.

L'amélioration a été surtout nette sur les douleurs dès la troisième piqûre (10^e jour), mais paraît surtout avoir préparé de façon remarquable une intervention dont les suites opératoires ont été particulièrement simples.

Durée totale du traitement : 18 jours (6 piqûres).

OBSERVATION N° 9 bis.

(Service de M. le Professeur CHARRIER.)

Diagnostic : *Poussée de métro-annexite subaiguë au cours d'une évolution chronique.*

Résultat : Amélioration.

G... Marie, 28 ans, domestique. — Entre le 18 septembre 1930 pour douleurs dans le bas-ventre et brûlures intenses à la miction.

Histoire de la maladie. — Début il y a un an environ, en novembre 1929, après une opération d'appendicite. La malade commence à souffrir continuellement. Ses douleurs sont continues avec sensation d'élancement dans le bas-ventre, et à droite, sans irradiation, sans crises intenses, sans fièvre ni vomissements.

7 septembre 1930. — Crise douloureuse dans le bas-ventre avec coliques, fièvre, sans vomissements. Arrêt de 3 jours.

13 septembre. — Les douleurs reprennent des deux côtés avec irradiation dans les cuisses et dans les reins.

Fièvre, pas de nausées, *brûlures à la miction*.

Traitement médical : glace.

L'état reste stationnaire. La malade entre à l'hôpital

26 septembre. — Examen : la malade présente actuellement un état général bon avec des douleurs spontanées légères dans le bas-ventre, augmentant au moindre mouvement, des brûlures à la miction, des pertes verdâtres.

Toucher vaginal : le col un peu ramolli est légèrement entr'ouvert. Le cul-de-sac droit est empâté et légèrement douloureux. Pas de masses annexielles. Le cul-de-sac gauche est rempli par une masse très volumineuse, très douloureuse, nettement perçue par la main abdominale. Le cul-de-sac postérieur est en partie envahi par elle. Le corps utérin est repoussé en avant et à droite, il est presque complètement fixé.

L'examen des frottis, des mucosités cervicales et urétrales (laboratoire du Professeur Mauriac), montre une flore polyvalente où l'on peut mettre en évidence du gonocoque.

En résumé : métro-annexite bi-latérale subaiguë.

Série mixte vaccin antigonococcique, vaccin Im. 41.

27 septembre. — 1° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 40°4; pouls 130; durée 5 heures.

Résultats : amélioration nette, *brûlure à la miction disparues*, douleur spontanée disparue.

A la palpation abdominale, la douleur provoquée a notablement diminué surtout au niveau de la masse annexielle gauche.

La température descend à 36°4. Elle n'avait jamais été aussi basse. Les douleurs dans les reins ont disparu. Les pertes ont nettement diminué.

30 septembre. — La température reste à 37° alors qu'auparavant elle évoluait autour de 38°.

2° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne. — Température 38°9; pouls 102; durée 6 heures.

Résultats : l'amélioration se maintient.

2 octobre. — 3° 3/4 centimètre cube 1^m41 Skene.

Réaction moyenne. — Température 38°2; pouls 100; durée 9 heures.

Résultats : *ditto*.

6 octobre. — La malade fait une poussée fébrile à 38°4 avec douleurs légères dans le bas-ventre. Les pertes réapparaissent, la malade est constipée.

4° 3/4 centimètre cube, 1^m41 Skene.

Réaction faible. — Température 37°8; pouls 90; durée 5 heures.

Résultats : les douleurs sont calmées, les pertes ont complètement disparu.

10 octobre. — 5° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction très forte. — Température 40° 7/10; pouls 124; durée 9 heures.

Résultats : l'amélioration se confirme.

20 octobre. — 6° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne.

Résultats : *ditto*.

En résumé, la malade est complètement soulagée à tous les points de vue (douleurs du bas-ventre, brûlures à la miction, pertes verdâtres) mais, quand elle se relève, elle souffre un peu à droite.

De plus, elle garde une masse annexielle nettement perceptible à gauche.

10 novembre. — La malade recommence à souffrir à droite, *elle reste très constipée*, avec quelques pertes d'un blanc laiteux.

L'état général est cependant très nettement amélioré depuis le dernier examen.

7 décembre. — Malgré une amélioration manifeste très

importante, la malade garde des séquelles assez importantes avec constipation et pertes blanchâtres, toutes indications d'un traitement complémentaire par :

Série vaccin anticolibacillaire I.O.D. par voie rectale.

7 décembre. 1° 1/2 centimètre cube anticoli I.O.D. muqueuse rectale.

Réaction très légère: un peu de céphalée. Température 37°3.

8 décembre. — Résultats : pas appréciables.

11 décembre. — Amélioration nette depuis la dernière piqûre, la malade sent moins son ventre. La *constipation a disparu* ainsi que les *pertes*.

11 décembre. — 2° 1 centimètre cube anticoli I.O.D. muqueuse rectale.

Réaction. — Température 39°5; durée 13/14 heures.

Résultats : *les douleurs dans les reins ont disparu*, l'amélioration persiste par ailleurs.

16 décembre. — 3° 1 centimètre cube anticoli I.O.D. muqueuse rectale.

Réaction. — Température 37°5; durée 9 heures.

Les selles persistent régulières. La malade a une véritable sensation de « libération » de son ventre.

22 décembre. — 4° 1 centimètre cube 1/2 anticoli I.O.D. muqueuse rectale.

Réaction nulle.

Résultats : sans changement.

29 décembre. — 5° 1 centimètre cube 1/2 anticoli I.O.D. muqueuse rectale.

Réaction nulle.

Résultats : sans changement.

2 janvier. — 6° 2 centimètres cubes anticoli I.O.D. muqueuse rectale.

Réaction moyenne. — Température 38°3.

Résultats : *dito*.

9 janvier. — Après cette seconde série, la malade dit souffrir encore très légèrement du bas-ventre, à droite. Elle se dit très améliorée, les selles sont restées régulières, les pertes ont reparu très peu abondantes.

Conclusion. — Amélioration très importante d'une poussée de métro-annexite bi-latérale subaiguë, au cours d'une évolution chronique, datant d'un an, ayant résisté au traitement médical.

Action surtout nette dès la première piqûre, sur les douleurs, la température et les brûlures à la miction, sur les pertes (quatrième piqûre), et sur la constipation (deuxième série).

Durée totale du traitement : 97 jours, avec un intervalle de 47 jours entre les deux séries.

Méto-Annexites chroniques.

	{ 10 Guérisons.
17 cas.....	} 7 Améliorations.

(Obs. 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27).

OBSERVATION N° 10.

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : Méto annexite chronique gonococcique.

Résultat : guérison clinique.

M^{me} B... Noélie, 29 ans, plongeuse. — Entre le 30 juin pour pertes abondantes et douleurs dans le bas-ventre.

Histoire de la maladie. — Le 15 juin, douleur brusque en coup de poignard, dans le bas-ventre, la malade est obligée de s'aliter et d'interrompre son travail pendant quinze jours, jusqu'à son entrée à l'hôpital, sans que le repos ait calmé cette douleur.

Habituellement constipée (4-5 jours). La douleur, qui est bi-latérale, est plus accusée à droite, irradiant dans les reins.

Pas de fièvre, pas de frissons.

Antécédents. — Depuis 6 ans, après un accouchement, pertes jaunâtres tâchant le linge.

2 juillet 1930. — Examen : facies pâle, les yeux cernés.

Toucher vaginal : col un peu déchiré, dur, entr'ouvert, regardant en bas, utérus en ante-flexion, paraît un peu gros, le cul-de-sac droit est souple. A gauche, léger empâtement sans qu'on puisse percevoir de masse annexielle.

Diagnostic. — Métro-annexite chronique.

Traitement. — Médical (injections, révulsion).

6 août. — Actuellement, la malade présente un état général médiocre, le facies est toujours fatigué mais l'appétit devient bon. Pas de fièvre, pouls normal. La malade se lève depuis huit jours mais se sent très faible. Elle *marche difficilement* et monte les escaliers avec beaucoup de difficultés; de plus, *douleur sourde continue*, au niveau du bas-ventre, à droite, augmentant à la station debout, à la marche et à l'effort. La malade est incapable de faire le moindre travail. Pas de crises paroxystiques depuis le 14 juillet.

Au dernier examen au speculum, elle présentait encore au niveau du col, des glaires caractéristiques d'une métrite gonococcique.

Toucher vaginal. — Exactement le même que précédemment, la mobilisation utérine et la dépression des culs-de-sac sont indolores.

Conclusion. — Lésions physiques extrêmement minimes. Seuls, les troubles fonctionnels sont restés importants. La malade est une véritable infirme, et ne peut reprendre ses occupations.

Série de vaccin antigonococcique Institut Pasteur, par la porte d'entrée.

6 août. — 1° 1/4 centimètre cube glande Skene.

Réaction. — Température 39°4; pouls 132; durée 13 heures.

Résultats : *la malade ne souffre plus du tout*, les douleurs sourdes qui empêchaient certains mouvements dans le lit ont disparu. L'état général est meilleur.

12 août. — 2° 1/4 centimètre cube glande Skene.

Réaction moyenne. — Température 38°9; pouls 112; durée 6 heures.

Résultats : l'amélioration se maintient.

14 août. — 3° 1/2 centimètre cube glande Skene.

Réaction forte. — Température 39°7; pouls 120; durée 7 heures.

Résultats : *dito*.

16 août. — 4° 3/4 centimètre cube glande Skene.

Réaction forte. — Température 39°7; pouls 116.

Résultats : *dito*.

19 août. — 5° 1 centimètre cube glande Skene.

Réaction forte. — Température 39°8; pouls 120; durée 7 heures.

Résultats : *dito*.

22 août. — 6° 1 centimètre cube col utérin.

Injection très incomplète. Instrumentation insuffisante.

Réaction forte. — Température 39°8; pouls 120.

23 août. — La malade sort guérie.

En résumé : guérison clinique d'une métro-annexite gonococcique fonctionnelle, datant de deux mois. Traitement médical inopérant.

Durée totale seize jours (6 piqûres).

OBSERVATION N° 11.

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Méto-annexite chronique*.

Résultat : Amélioration.

G... Madeleine, 19 ans. — La malade entre pour douleurs dans le bas-ventre, brûlures à la miction et pertes blanc-jaunâtre abondantes.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à février 1930, il y a six mois, par des douleurs brusques dans le bas-ventre avec vomissements et fièvre, pertes jaunâtres coïncidant avec le mariage.

La malade est obligée de s'arrêter et de garder le lit.

Traitement médical : glace.

Deuxième crise : dix jours après, absolument identique, même traitement.

La malade ne peut reprendre son travail jusqu'à son entrée à l'hôpital Boursier.

11 avril 1930. — A ce moment, elle souffre également des deux côtés du bas-ventre, les pertes ont bien diminué depuis le traitement médical. Le toucher vaginal, fait par M. le Professeur Guyot, n'a rien montré de net. La malade est mise au repos et au traitement médical.

25 juin 1930. — La malade sort de l'hôpital considérablement améliorée mais non guérie. Elle souffre un peu du côté gauche, avec pertes jaunâtres et douleurs à la miction. Constipation.

Malgré le repos continu chez elle, la douleur persiste. A la première tentative de reprise du travail, se produit une troisième crise aussi intense que les précédentes, qui ramène la malade à l'hôpital.

30 juillet 1930. — *Examen* : bon état général, facies normal, douleur à la palpation du bas-ventre, surtout à gauche. Pertes d'abondance moyenne.

Toucher vaginal. — Le col est en arrière, le corps en anteflexion, les culs-de-sac sont empâtés surtout à gauche. Brûlures intenses à la miction.

Conclusion. — Métro-annexite chronique avec cystite.

Traitement médical (injections uroformine) ne soulage pas la malade d'une façon appréciable.

Les frottis montrent (laboratoire du Professeur Mauriac) polynucléés, gros diplocoques Gram positif du type gonocoque.

Série mixte de vaccins polyvalent antimétritique, Im. Gremy n° 41, et *antigono Institut Pasteur*, par la porte d'entrée.

23 août. — 1° 1/4 centimètre cube, 1^m41 glande Skene.

Réaction forte. — Température 39°; pouls 140; durée 2 jours.

Résultats : la malade se sent fatiguée, douleurs abdominales sans changement. Douleurs à la miction diminuées.

27 août. — 2° 1/2 centimètre cube antigono glande Skene.

Réaction faible. — Température 37°; pouls 120; durée 3 heures.

Résultats : aucun changement dans les douleurs.

30 août. — 3° 1/2 centimètre cube antigono glande Skene.

Réaction forte : Température 39°3; pouls 136.

Résultats : diminution nette de la douleur abdominale et des brûlures à la miction.

2 septembre. — 4° 1/2 centimètre cube 1^m41 glande Skene.

Réaction moyenne. — Température 38°2; pouls 108; durée 6 heures.

Résultats : aucune action sur les douleurs.

4 septembre. — 5° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 40°1; pouls 160.

Résultats sans changement.

Entre le 5 septembre et le 27, petit épisode douloureux épigastrique avec vomissements sans fièvre, pour lequel on porte le diagnostic de cholé-cystite légère, et qui disparaît rapidement au traitement médical.

16 septembre. — *Toucher vaginal*. — Reste douloureux sans qu'on puisse mettre en évidence une amélioration appréciable sur l'examen précédent.

27 septembre. — La malade souffre encore spontanément du bas-ventre, les pertes n'ont jamais cessé et durent encore. Les mictions sont douloureuses avec brûlures assez intenses par périodes de 2 ou 3 jours.

6° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction nulle (injection imparfaite).

Résultats : rien à signaler.

29 septembre. — 7° 1/2 centimètre cube antigono glande Skene.

Réaction moyenne. — Température 39°5; pouls 140; durée 8 heures.

Résultats : la douleur spontanée au niveau du bas-ventre a beaucoup diminué.

1^{er} octobre. — 8° 3/4 centimètre cube, Im. 41 glande Skene.
Réaction forte. — Température 39°1; pouls 132; durée 9 heures.

Résultat : l'amélioration persiste.

4 octobre. — 9° 1 centimètre cube, Im. 41 glande Skene.

Réaction faible. — Température 37°4; pouls 96.

Résultats : l'amélioration persiste, la malade ne souffre plus, mais elle garde encore des pertes jaunes fétides, de même abondance.

Les deux dernières piqûres sont faites au niveau du col.

6 octobre. — 10° 1 centimètre cube antigono glande Skene col utérin.

Réaction légère. — Température 37°4; pouls 98; durée 3 heures.

Résultats : l'amélioration persiste, les pertes sont sans changement.

8 octobre. — 11° 1 centimètre cube 1/2, Im. 41 col utérin.

La malade est très améliorée au point de vue fonctionnel (douleur abdominale et brûlures à la miction).

La malade conserve des pertes d'abondance moyenne, pour lesquelles on lui conseille des pansements vaginaux.

20 octobre. — Le toucher vaginal est complètement négatif. Quatre pansements vaginaux ont complètement supprimé les pertes.

Etant donnée la résistance ordinaire de ces écoulements au traitement médical, la rapidité de leur disparition est attribuée, en grande partie, au traitement vaccinal.

La malade est revue à plusieurs reprises, elle recommence à souffrir et dit ne pas pouvoir reprendre le travail. Un nouveau passage à l'hôpital, en avril 1931, ne peut mettre en évidence aucune lésion appréciable. La malade est renvoyée avec un traitement médical.

Conclusion. — Amélioration simple portant à la fois sur les signes fonctionnels et sur les signes physiques.

OBSERVATION N° 12.

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Méthro-annexite chronique post-abortum.*

Résultat : Amélioration

P... Jeanne, 20 ans. — Entre pour pertes de sang abondantes.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à six mois. La malade qui était toujours irrégulièrement réglée, s'est mise à perdre continuellement du sang rouge. De temps en temps, deux ou trois jours de calme pendant lesquels elle présente des pertes verdâtres. Il y a un mois et demi : avortement de trois mois, après lequel les pertes augmentent et sont accompagnées de coliques.

21 juillet. — *Examen* : état général, bon,

Toucher vaginal. — Col petit, peu entr'ouvert, utérus en rétro-flexion et douloureux, un peu gros.

Point annexiel gauche.

14 août. — La malade continue à se plaindre du côté gauche; on pratique un examen au speculum, qui montre des glaires verdâtres abondantes, et un col rouge, métritique.

L'examen des frottis (laboratoire du Professeur Mauriac), montre une flore microbienne abondante et variée.

Série mixte de vaccin antigonococcique, vaccin polyvalent anti-métritique Im. 41, par la porte d'entrée.

27 août. — 1° Injection 1/4 centimètre cube, Im. 41, glande Skene.

Réaction faible. — Température 37°1; pouls 112; durée 5 heures.

Résultats : pas appréciables.

30 août. — 2° Injection 1/2 centimètre cube *antigono* glande Skene.

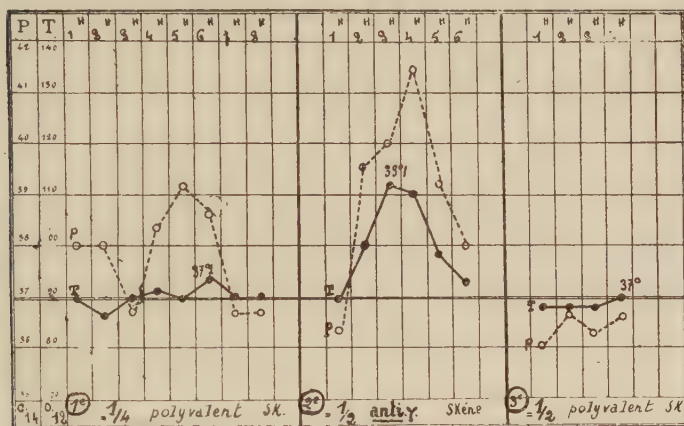
Réaction forte. — Température 39°1, pouls 136; durée 7 heures.

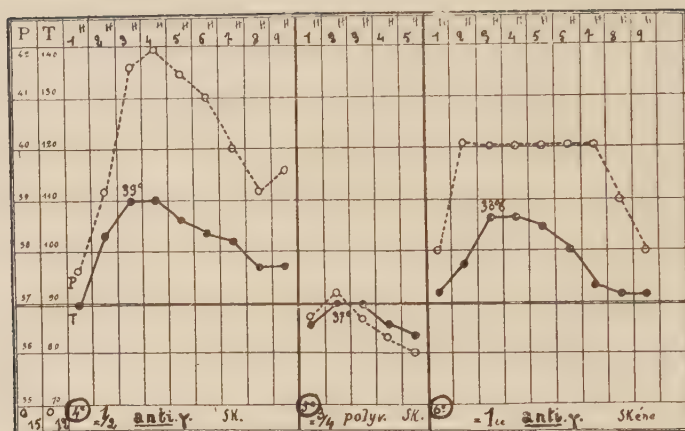
Résultats : douleur spontanée abdominale disparue. Elle persiste à la palpation.

2 septembre. — 3° Injection 1/2 centimètre cube Im. 41 glande Skene.

Réaction faible. — Température 37° 1; pouls 112; durée 1 heure.

Résultats : sans changement.





13 septembre. — Le toucher vaginal montre un point douloureux très léger, à gauche, sans masses annexielles appréciables. Le fond utérin est toujours en arrière et douloureux.

20 septembre. — La malade souffre encore. Son état apparaissant assez stationnaire, on décide l'intervention qui doit agir sur la rétroversion utérine.

23 septembre. — L'opération montre les ovaires légèrement polykystiques avec des trompes saines.

Opération de Doleris appendicectomie (Professeur Guyot). Suites opératoires normales.

Conclusion. — Amélioration des signes fonctionnels et des signes physiques, qui n'a pas été suffisante pour éviter l'intervention. Le syndrome douloureux était probablement dû en grande partie à la rétroversion utérine.

OBSERVATION N° 13.

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Méthro-annexite chronique gonococcique.*

Résultat : guérison clinique.

L... Henriette, 33 ans, sans profession. — Entre pour douleurs dans le bas-ventre et pertes verdâtres.

Histoire de la maladie. — Le début de la maladie remonte à six mois environ.

A ce moment, la malade voit apparaître des *pertes verdâtres* et commence à souffrir du bas-ventre.

Les pertes sont très abondantes; la malade salit plusieurs serviettes par jour. Elles ne sont pas influencées par le traitement médical.

Les *douleurs* sont continues, elles sont augmentées par la fatigue et calmées, en partie, par le repos. Elles ne disparaissent jamais complètement. Ce sont des sensations de coliques, surtout à droite, sans irradiation.

De temps en temps, la malade présente quelques crises paroxystiques de quelques minutes, pendant lesquelles les coliques deviennent plus fortes, avec nausées et malaise général.

A ce moment, la malade se sent chaude, mais n'a jamais pris sa température. Elle est obligée de se coucher.

Fréquence de ces crises : une ou deux par semaine.

Traitée par son médecin depuis six mois, la malade *n'est pas améliorée*, c'est la raison pour laquelle elle est envoyée à l'hôpital.

Antécédents : rien à signaler.

11 août 1930. — *Examen* : état général, bon. La palpation de l'abdomen montre des points annexiels douloureux.

Toucher vaginal. — Col gros et métritique, légèrement entr'ouvert. Cul-de-sac gauche diminué et un peu empâté. Les annexes sont perceptibles et douloureuses.

A droite, cul-de-sac très souple, les annexes ne sont pas perceptibles, mais la palpation bi-manuelle est douloureuse. Les culs-de-sac antérieur et postérieur sont normaux, le corps utérin, dévié à droite, est douloureux, un peu augmenté de volume, en ante-version. La mobilisation utérine est très douloureuse, sa mobilité légèrement diminuée.

Au speculum. — Col gros, enflammé. Lèvres intérieures rouges et sanguinolentes, glaires verdâtres très abondantes sortant du col.

En résumé signes fonctionnels très importants empêchant

toute occupation active, mais sans répercussion sur l'état général, les lésions physiques sont minimales.

Conclusion. — Métro-annexite chronique.

11 août 1930. — L'examen des mucosités cervicales (laboratoire du Professeur Mauriac), montre du *gonocoque pur* intra extra cellulaire, avec polynécléées bien conservés.

8 septembre. — Après l'épreuve du traitement médical rigoureux, l'état de la malade étant stationnaire, on décide :

Série de vaccin antigonococcique chauffé de l'Institut Pasteur, par la porte d'entrée.

1° 1/4 centimètre cube vaccin antigono Skene.

Réaction légère. — Température 37°; pouls 98; durée 3 heures.

Résultats : action immédiate très nette sur la *douleur* spontanée qui a disparu complètement, et sur les *perles* qui ont nettement diminué.

1^{er} septembre. — 2° 1/2 centimètre cube vaccin antigono Skene.

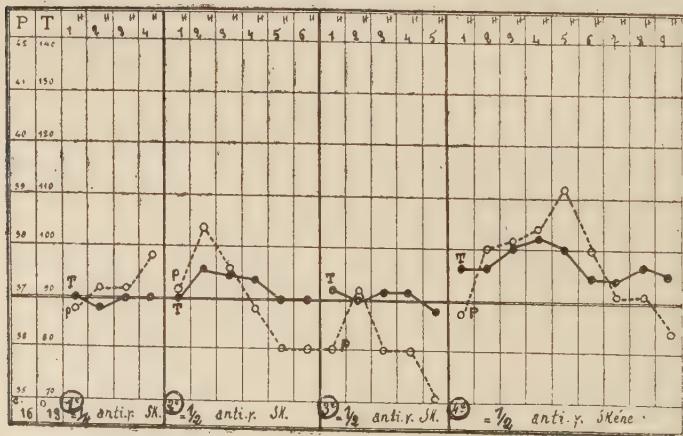
Réaction légère. — Température 37°6; pouls 104; durée 3 heures.

Résultats : l'amélioration se confirme, la malade ne souffre pas.

13 septembre. — 3° 1/2 centimètre cube vaccin antigono Skene.

Réaction légère. — Température 37°; pouls 90.

Résultats : dito.



15 septembre. — 4° 1/2 centimètre cube antigono Skene.
Réaction moyenne. — Température 38° 2; pouls 112; durée 9 heures.

Résultats : dito.

17 septembre. — 5° 3/4 centimètre cube vaccin antigono dans le col utérin.

Réaction faible. — Température 37° 6; pouls 100; durée 7 heures.

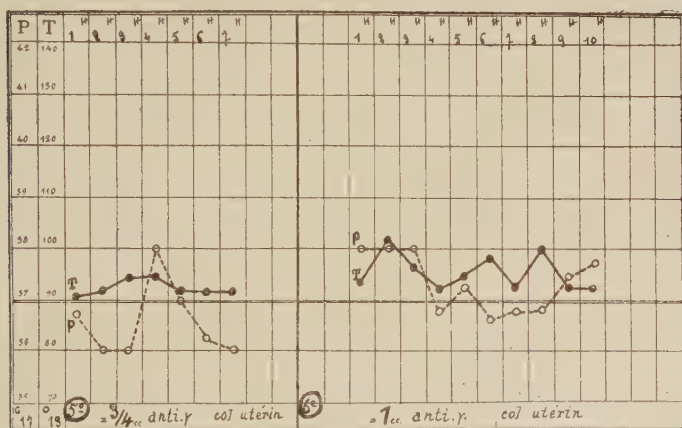
Résultats : dito.

19 septembre. — *Examen* : Le toucher vaginal n'est plus douloureux, le col est normal, la mobilisation utérine non douloureuse, léger point douloureux annexiel à droite, les culs-de-sac sont normaux, les pertes persistent très légères.

6° 1 centimètre cube vaccin antigono dans le col utérin.

Réaction faible. — Température 38° 2; pouls 100; durée 9 heures.

Résultats : l'amélioration se maintient, les pertes disparaissent.



20 septembre. — La malade sort guérie.

1^{er} décembre. — La malade est revue : très bon état général, les douleurs n'ont pas reparu. Des pertes persistent, très peu importantes.

Traitement médical simple.

16 février. — La malade revient pour syndrome appendi-

culaire; elle présente, en effet, un point de Mac Burney douloureux, que l'on retrouve par la suite à tous les examens.

Le toucher vaginal fait à cette époque, ne montre rien d'anormal.

3 mars 1931 — Opération : appendicectomie et raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds (professeur Guyot).

Au cours de l'opération qui est simple, l'exploration des organes génitaux montre un utérus normal en rétroversion, avec des trompes saines, sauf à droite où l'on trouve quelques adhérences vélamenteuses avec un gros ovaire d'aspect normal.

Les suites sont normales, la température n'a jamais dépassé 37° 4.

En résumé : chez une malade ayant présenté un syndrome de métro-annexite subaiguë avec prédominance des troubles fonctionnels, l'exploration intra-péritonéale des organes n'a montré six mois après que de très légères lésions.

La guérison s'était donc maintenue complète.

Noter d'autre part la bénignité des suites opératoires.

Conclusion. — Guérison clinique d'une métro-annexite datant de six mois, ayant résisté au traitement médical simple.

Action surtout nette sur les douleurs et les pertes.

Durée totale du traitement : 11 jours (6 piqûres).

OBSERVATION N° 15

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Méto annexite chronique gonococcique avec vulvo-vaginite.*

Résultat : Amélioration.

F..., Marie, 17 ans. — Entre le 1^{er} octobre pour douleurs dans le bas-ventre et pertes verdâtres.

Histoire de la maladie. — Début, il y a un an, par des pertes

jaunes peu abondantes sans douleur. Trois mois après, la malade commence à souffrir du bas-ventre de chaque côté, sans irradiation, sauf ces temps derniers vers les cuisses et les reins. Ce sont des douleurs sourdes augmentant à la marche et à l'effort, et calmées par le repos.

En juillet 1930, crise brusque dans le bas-ventre avec pertes très abondantes.

Température à 38°, sans vomissements.

Durée : 15 jours. La malade a été obligée de garder le lit.

Traitement médical simple : repos, injections.

Par la suite, les douleurs et les pertes reprennent comme auparavant.

En septembre 1930, l'état général baisse. Amaigrissement. Les douleurs augmentent et prennent le type de colique. Elles se reproduisent plusieurs fois par jour, sans irradiation, sans nausées, sans température. Elles gênent beaucoup la malade dans son travail, et l'obligent à entrer à l'hôpital.

4 octobre. — *Examen* : bon état général; température à 38° 3. Urines normales, *pertes abondantes*.

Pas de douleurs spontanées. La palpation de l'abdomen montre des points annexiels douloureux. Pas de défense de la paroi.

Le toucher vaginal est impossible à cause d'un vaginisme intense.

L'examen de la vulve montre les muqueuses très rouges. Le méat et les glandes de Skene sont très nettement enflammés. Pas de brûlures à la miction.

Les frottis de mucosités urétrales et vaginales, montrent une flore polyvalente abondante et variée avec présence de gonocoques (laboratoire de M^{lle} Dubreuil, hôpital Boursier).

En résumé : métro-annexite chronique gonococcique à forme douloureuse, avec vulvo-vaginite intense.

On décide une :

Série vaccin antigono chauffé Institut Pasteur, par la porte d'entrée :

11 octobre. — 1° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction faible. — Température 37° 2; pouls 112; durée 5 heures.

Résultats : pas appréciables, les pertes ont légèrement diminué.

13 octobre. — 2° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction. — Température 38° 9; pouls 138; durée 7 heures.

Résultats : sans changement.

22 octobre. — 3° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction faible. — Température 37° 5; pouls 112; durée 3 heures.

Résultats : pas d'amélioration appréciable.

L'épreuve du lever est concluante : la malade recommence à souffrir de son bas-ventre, et les pertes qui avaient disparu depuis quelque temps, réapparaissent.

25 octobre. — 4° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction : nulle.

Résultats : pas appréciables.

28 octobre. — 5° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne. — Température 38° 4; pouls 112; durée 6 heures.

Résultats : amélioration nette des douleurs.

3 novembre. — 6° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne — Température 38° 2; pouls 120; durée 7 heures.

Résultats : état stationnaire, souffre légèrement.

4 novembre. — L'examen montre une amélioration sensible de l'état général. Les douleurs persistent au niveau du bas-ventre, à la palpation, mais le toucher vaginal est devenu très facile. Il permet de mettre en évidence des annexes perceptibles et nettement douloureuses au palper bi-manuel.

La mobilisation utérine est douloureuse, sa mobilité est normale.

En résumé : amélioration sensible, mais incomplète. On commence une deuxième série :

10 novembre. — 8° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction faible.

Résultats : les pertes ont presque complètement disparu. Les douleurs dans le bas-ventre ont diminué.

14 novembre. — 9° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction nulle.

Résultats : *pertes disparues*, les douleurs sont minimales.

17 novembre. — 10° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction. — Température 38° 8; pouls 150; durée 9 heures.

Résultats : l'amélioration se maintient.

27 novembre. — Un toucher vaginal montre les points annexiels encore douloureux. Rien par ailleurs.

1^{er} décembre. — 11° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction faible. — Température 37° 8; pouls 120; durée 5 heures.

Résultats : la malade ne souffre plus du bas-ventre.

8 décembre. — 12° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction légère. — Température 37° 4; pouls 112.

Résultats : dito.

Par la suite, et après l'épreuve du lever, la malade souffre un peu de son bas-ventre, et au niveau des reins. Les pertes réapparaissent peu abondantes, les brûlures à la miction restent disparues.

Conclusion. — Amélioration simple d'une métro-annexite chronique gonococcique avec vulvo-vaginite de même nature datant de un an, ayant résisté complètement au traitement médical.

L'action a surtout porté, quoiqu'assez lentement, sur les douleurs (5^e piqûre, 17 jours), et sur les pertes (14^e piqûre, 34 jours).

Durée totale : 58 jours (12 piqûres).

OBSERVATION N° 16

(Servive de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Méto-annexite chronique post-abortum.*

Résultat : Guérison clinique.

C..., Madeleine, 20 ans, vendeuse. — Entre le 6 octobre 1930 pour douleurs dans le bas-ventre, avec pesanteur et brûlures à la miction

Histoire de la maladie. — Le début remonte à mai 1930, après une fausse-couche de deux mois et demi.

A ce moment, la malade commence à *souffrir* du bas-ventre avec sensations de pesanteur au niveau de la région hypogastrique, et irradiation dans les reins.

En même temps, *dysurie* avec *pollakiurie* très marquées.

Sensations de *brûlures à la miction*, surtout pendant la journée et lorsque la malade est fatiguée.

Pertes blanc-jaunâtres. *Constipation*.

La malade n'avait jamais suspendu son travail, mais ces derniers jours (août 1930) les douleurs augmentent avec sensation d'élançement et de tiraillement dans le bas-ventre. Les brûlures à la miction deviennent plus intenses, et les pertes très abondantes.

De plus, quelques petites crises douloureuses se produisent au moment des grandes fatigues, mais sont calmées par le repos.

6 octobre — *Examen* : bon état général. Amaigrissement de trois kilos en deux mois, pas de température, urines normales.

Souffre spontanément à la station debout, douleur calmée au repos.

La palpation abdominale montre un ventre souple, avec points annexiels à gauche.

Au toucher vaginal, on trouve un col entr'ouvert, métritique, un peu ramolli, des culs-de-sac souples, mais douloureux surtout à gauche. Pas de masses annexielles perceptibles. La mobilisation utérine un peu douloureuse, sa mobilité est normale.

Les frottis de mucosités cervicales et urétrales, montrent une flore variée, avec présence de gonocoque (laboratoire de M^{lle} Dubreuil, hôpital Boursier).

Le traitement médical institué depuis sept jours, a simplement calmé les douleurs.

On décide une série mixte de vaccins :

1° *Antigono chauffé Institut Pasteur*; 2° *Polyvalent anti-métritique Im. 41 Gremy*, par la porte d'entrée :

13 octobre. — 1/4 centimètre cube Im. 41 Skène.

Réaction nulle. — Température $37^{\circ} 2$; pouls 85; durée 3 heures.

Résultats : les brûlures à la miction et les pertes ont nettement diminué.

16 octobre. — $2^{\circ} 1/2$ centimètre cube antigono Skene.

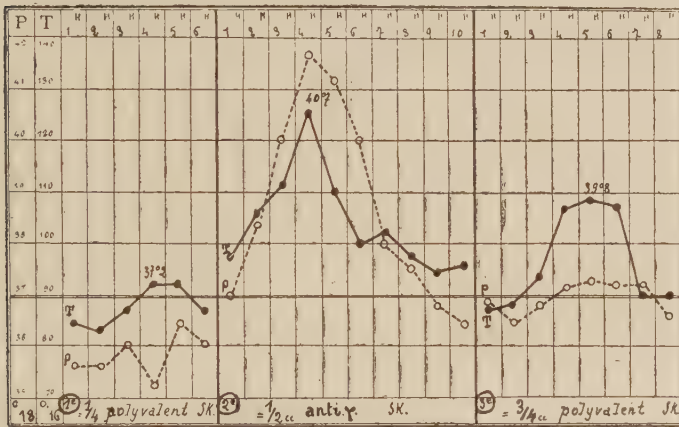
Réaction forte. — Température $40^{\circ} 7$; pouls 136; durée 11 heures.

Résultats : les brûlures, les pertes et les douleurs provoquées ont disparu.

20 octobre. — $3^{\circ} 3/4$ centimètre cube Im. 41 Skène.

Réaction moyenne. — Température $38^{\circ} 8$; pouls 92; durée 6 heures.

Résultats : dito



23 octobre. — $4^{\circ} 3/4$ centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température $39^{\circ} 8$; pouls 132; durée 5 heures.

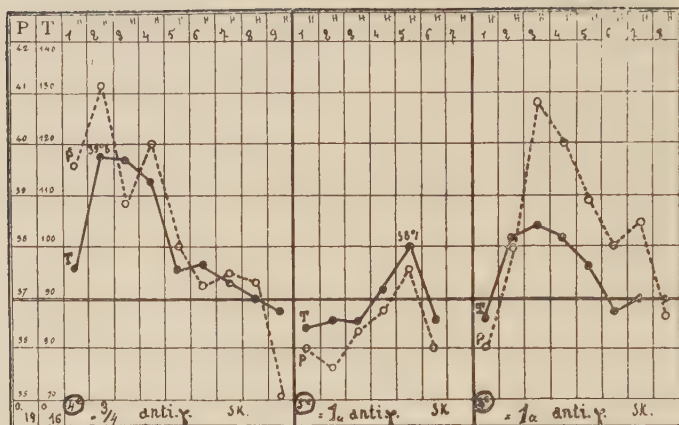
Résultats : l'amélioration persiste.

Les frottis restent positifs (présence de gonocoque).*

27 octobre. — $5^{\circ} 1$ centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne. — Température $38^{\circ} 1$; pouls 96; durée 5 heures.

Résultats : dito.



30 octobre. — 6° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne.

Résultats : sans changement.

La malade sort guérie le 3 novembre 1930.

Revue par la suite, la guérison se maintient. Quelques pertes sans caractères qui cèdent au traitement médical.

Conclusion. — Guérison clinique d'une métro-annexite chronique gonococcique post-abortum, datant de cinq mois, ayant résisté au traitement médical

L'action a surtout été nette et complète sur les douleurs, les pertes et les brûlures à la miction dès la deuxième piqûre (3 jours).

Durée totale : 17 jours (6 piqûres).

OBSERVATION N° 17

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Méto-annexite chronique gonococcique post-abortum.*

Résultat : Amélioration.

C..., Marguerite, 28 ans. — Entre pour douleurs dans le bas-ventre.

Histoire de la maladie. — Le début remonte au 15 décembre 1929. A la suite d'un avortement de 2 mois 1/2, la malade fait une infection grave avec pelvipéritonite qui nécessite son entrée à l'hôpital Saint-André.

A ce moment (20 décembre), la malade présente un pyosalpinx droit avec réaction péritonéale de tout le petit bassin.

Traitement : repos, glace, abcès de fixation.

Après plusieurs rechutes, la malade sort presque complètement guérie le 18 février 1930. Elle ne présente à ce moment qu'une petite masse indolore à droite, avec très légère douleur spontanée à la station debout et à la marche.

On lui conseille alors le repos au grand air qui permettra deux ou trois mois après une intervention chirurgicale.

Depuis sa sortie de l'hôpital, la malade a continué à souffrir légèrement; sensation de tiraillement dans le côté droit avec, par périodes, des nausées, des coliques et un peu de fièvre.

Cette douleur irradie dans les cuisses et n'est pas soulagée par le repos.

La malade peut cependant vaquer à ses occupations.

L'état s'étant légèrement aggravé, elle vient à la consultation : depuis huit jours, en effet, elle souffre un peu plus qu'autrefois. La douleur est devenue continue, c'est une sensation de coups de couteaux dans le bas-ventre se produisant par crises et s'atténuant au repos absolu.

Pas de vomissements, quelques nausées, pas de fièvre.

Examen : Bon état général, pas de température. Urines normales.

Palpation de l'abdomen : Montre des points annexiels douloureux.

Toucher vaginal : Le col est petit, normal à droite, on sent une *masse anexielle* collée contre l'utérus, très douloureuse et qui se continue vers le cul-de-sac postérieur. La malade souffre à la fin de la miction.

A gauche, culs-de-sac empâtés et douloureux.

Le corps utérin paraît de volume normal. Sa mobilité est très diminuée, sa mobilisation très douloureuse.

Les frottis de mucosités cervicales et urétrales (laboratoire

Hôpital André-Boursier), montrent une flore abondante polyvalente.

En résumé, métro-annexite chronique post-abortum forme douloureuse, avec séquelle nette de lésions annexielles.

On décide une :

Série mixte vaccin polyvalent antimétritique Im. 41, vaccin antigonococcique chauffé Institut Pasteur, vaccin polyvalent I.O.D., par la porte d'entrée.

13 octobre. — 1° 1/4 centimètre cube Im. 41 col utérin.

Réaction nulle.

Résultats : pas appréciables.

16 octobre. — 2° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39° 6; pouls 120; durée 10 heures.

Résultats : *disparition des brûlures à la miction*, diminution des douleurs à gauche.

20 octobre. — 3° 3/4 centimètre cube Im. 41 Skène.

Réaction moyenne. — Température 38° 4; pouls 96; durée 9 heures.

Résultats : l'amélioration persiste sans changement.

23 octobre. — 4° 3/4 centimètre cube vaccin polyvalent I.O.D. Skène.

Réaction forte. — Température 39° 8; pouls 108; durée 11 heures.

Résultats : disparition de la douleur à droite.

Par ailleurs, l'amélioration persiste.

25 octobre. — L'épreuve du lever montre que la malade recommence à souffrir comme auparavant dès qu'elle reste debout pendant quelque temps.

27 octobre. — 5° 1 centimètre cube vaccin polyvalent I.O.D. Skene.

Réaction légère. — Température 37° 2; pouls 92; durée 4 heures.

Résultats : sans changement.

30 octobre. — 6° 1 centimètre cube vaccin antigono Skene.

Réaction légère. — Température 37° 4; pouls 100; durée 5 heures.

Résultats : état stationnaire. Le toucher vaginal montre toujours une masse latérale droite très douloureuse et un cul-de sac gauche sensible. L'amélioration n'étant que partielle, on décide une seconde série.

Deuxième série. — 5 novembre. — 7° 1 centimètre cube polyvalent I.O.D. Skène.

Réaction légère. — Température 37° 6; pouls 80; durée une heure.

Résultats : peu appréciables.

6 novembre. — 8° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 40°; pouls 120; durée dix heures.

Résultats : pas appréciables.

8 novembre. — 9° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne. — Température 38° 4; pouls 116; durée 10 heures.

Résultats : la douleur spontanée a nettement diminué des deux côtés. Amélioration appréciable.

10 novembre. — 10° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction faible. — Température 37° 8; pouls 88; durée 6 heures.

Résultats : sans changement.

12 novembre. — 11° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction nulle.

Résultats : sans changement.

14 novembre. — 12° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction nulle.

Résultats : sans changement.

En résumé, après deux séries de vaccins, la malade n'est qu'assez peu améliorée. Le toucher, moins douloureux révèle toujours une masse annexielle droite prolabée dans le Douglas.

Devant l'échec partiel de la vaccination, on décide l'intervention.

18 novembre. — *Opération* (professeur Guyot) :

Les lésions sont beaucoup moins importantes qu'on ne le

pensait. On trouve seulement un utérus en rétroversion et ptosique.

Des annexes prolabées dans le Douglas, surtout à droite, non adhérentes, avec petit kyste justa ovarien droit qui est enlevé.

Opération de Doleris : suite normale.

Conclusion. — Amélioration simple d'une métro-annexite chronique post-abortum, forme douloureuse datant de onze mois.

Durée totale : 32 jours (12 piqûres).

OBSERVATION N° 18

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Méto-annexite chronique gonococcique du col utérin.*

Résultat : Guérison clinique.

S..., Alice 27 ans, ménagère. — Entre pour douleurs au niveau du bas-ventre, surtout à gauche. Brûlures à la miction. niveau du bas-ventre, surtout à gauche. Brûlure à la miction. Pertes blanchâtres.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à huit ans environ, après un accouchement qui a été suivi d'une infection légères avec pertes jaunâtres.

Deux ans après, septembre 1924, la malade fait une méto-annexite aiguë avec crise douloureuse, surtout à gauche. Ce sont des sensations de coliques très pénibles durant quelques heures, sans nausées ni fièvre, avec irradiation dans les reins.

Par la suite, la malade fait sept à huit crises semblables qui l'obligent à suspendre son travail, puis, la douleur diminue sans disparaître.

Les pertes jaunâtres deviennent abondantes, la malade ne souffre pas en urinant.

Traitement : Cautérisation du col, injections, repos.

Résultat : amélioration partielle.

En 1925, petite rechute moins douloureuse, durée un mois, améliorée très nettement par le traitement médical simple.

En septembre 1928, la malade recommence à souffrir moyennement, et les pertes, assez abondantes deviennent *verdâtres*.

En mai 1929, la malade est opérée d'hystérectomie sub-totale avec castration bi-latérale justifiée par la chronicité des signes et l'importance des lésions.

La malade est soulagée par l'opération.

Les pertes diminuent sans disparaître mais les douleurs au niveau du côté gauche persistent à peu près semblables, l'état général s'améliore cependant, et la malade se sent beaucoup mieux.

En août 1930, *apparaissent des brûlures à la miction* très intenses, qui coïncident avec des pertes abondantes.

Le traitement médical reste sans effet.

Antécédents : mère atteinte de bronchite chronique, un enfant mort à 4 ans de péritonite tuberculeuse.

25 octobre. — *Examen* : Bon état général, température normale. Urines un peu troubles.

L'examen de la vulve montre un méat rouge, et des glandes Skene très nettement enflammées.

Le toucher vaginal ne montre pas de lésions bien nettes, le col est métritique et les culs-de-sac légèrement douloureux.

Les frottis de mucosités cervicales et urétrales montrent une flore *polyvalente avec présence de gonocoque* (laboratoire Hôpital Boursier).

Conclusion. — Métrite chronique du col utérin gonococcique avec cystite de même origine.

On décide une :

Série mixte vaccin antigonococcique I.O.D. Institut Pasteur vaccin polyvalent I.O.D., par la porte d'entrée.

25 octobre. — 1° 1/4 centimètre cube antigono I.O.D. Skène.

Réaction moyenne. — Température 38°2; pouls 104; durée 6 heures.

Résultats : *les pertes ont disparu.*

27 octobre. — 2° 1/2 centimètre cube antigono I.O.D. Skène.

Réaction moyenne. — Température 38°4; pouls 112; durée 6 heures.

Résultats : sans changement.

29 octobre. — 3° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction fortée. — Température 39°6; pouls 128; durée 10 heures.

Résultats : les pertes n'ont pas reparu. *Les brûlures à la miction et les douleurs dans le bas-ventre* disparaissent à leur tour.

31 octobre. — 4° 3/4 centimètre cube polyvalent I.O.D.

Réaction moyenne. — Température 38°8; pouls 104; durée 8 heures.

Résultats : l'amélioration persiste.

5 novembre. — 5° 1 centimètre cube antigono I.O.D.

Réaction moyenne. — Température 38°8; pouls 100; durée 7 heures.

Résultats : sans changement.

6 novembre. — 6° 1 centimètre cube antigono I.O.D.

Réaction forte. — Température 39°2; pouls 112; durée 6 heures.

Résultats : l'amélioration se confirme.

22 décembre. — La malade, revue par la suite, est toujours guérie. Quelques pertes, peu abondantes, soignées médicalement.

Conclusion. — Guérison clinique d'une métrite chronique gonococcique du col utérin, datant de 8 ans, avec cystite de même nature datant de 3 mois.

Echec complet du traitement médical simple.

L'action a été immédiate et complète sur les pertes dès la première piqûre, sur les brûlures à la miction et sur les douleurs du bas-ventre dès la troisième piqûre (quatrième jour).

Durée totale : 12 jours (6 piqûres).

OBSERVATION N° 19.

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Méthro-annexite chronique.*

Résultat : amélioration.

D... Marguerite, 26 ans, ménagère. — Entre pour des douleurs dans le bas-ventre, pertes verdâtres et brûlures à la miction.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à six ans environ (1924) et coïncide avec son mariage.

Depuis ce moment, la malade souffre dans le bas-ventre avec nausées fréquentes, et atteinte de l'état général.

En 1927, trois crises d'appendicite à de longs intervalles, qui nécessitent une opération le 4 août (appendicectomie).

La malade est soulagée pendant six mois.

En avril 1929, elle accouche normalement après une grossesse sans incident mais, depuis, les douleurs dans le bas-ventre augmentent. Sensation d'élancement extrêmement pénible, surtout à droite, avec irradiation dans les cuisses et dans les reins.

Ces douleurs ne sont pas calmées par le repos et présentent, tous les mois environ, des crises paroxystiques durant un ou deux jours, sans fièvre ni vomissements, et qui obligent la malade à s'arrêter dans son travail.

Pertes blanches assez abondantes.

En avril 1930, la malade est opérée de prolapsus génital (périnéoraphie).

Depuis lors, elle souffre de brûlures à la miction (sonde à demeure) qui ne sont aucunement soulagées par le traitement médical.

En juillet 1930, les douleurs augmentent, les crises deviennent plus fréquentes et plus fortes, sans fièvre ni vomissements.

Par périodes, la malade souffre tous les jours.

Les pertes sont devenues verdâtres et les brûlures à la miction persistent.

L'état restant stationnaire, la malade entre à l'hôpital.

8 novembre. — *Examen.* — Bon état général. Pas de température. La palpation abdominale montre des points douloureux annexiels surtout à droite.

Toucher vaginal. — Il ne montre que fort peu de lésions physiques. Les culs-de-sac sont légèrement empâtés et douloureux.

En résumé : métro-annexite chronique gonococcique, à forme douloureuse, compliquée de cystite.

Les frottis montrent la présence d'une flore *polyvalente* avec présence de gonocoque. (Laboratoire hôpital Boursier.)

On décide une :

Série de vaccin antigono chauffé Institut Pasteur, par la porte d'entrée.

10 novembre. — 1° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39°; pouls 100; durée 10 heures.

Résultats : les douleurs, les brûlures, les pertes *ont diminué, les douleurs dans les reins ont disparu.*

12 novembre. — 2° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction faible. — Température 38°2; pouls 106; durée 5 heures.

Résultats : sans changement.

14 novembre. — 3° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne. — Température 38°8; pouls 128; durée 9 heures.

Résultats : les pertes sont devenues très minimes, les brûlures à la miction *ont disparu.*

Le bas-ventre reste très peu douloureux.

17 novembre. — 4° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39°6; pouls 102; durée 6 heures.

Résultats : *les pertes ont disparu, la malade ne souffre plus.*

Le toucher vaginal montre les culs-de-sac absolument souples et indolores.

Par ailleurs, rien à signaler.

21 novembre. — 5° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39°4; pouls 120; durée 6 heures.

Résultats : l'amélioration persiste.

23 novembre. — 6° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39°4; pouls 120; durée 7 heures.

Résultats : la guérison se confirme, mais les frottis restent positifs. Le toucher vaginal montre une guérison clinique complète.

22 décembre. — La malade est revue. Elle souffre un peu du bas-ventre et les brûlures se sont reproduites très peu intenses.

Le toucher vaginal montre des culs-de-sac un peu empâtés et douloureux.

Une nouvelle série paraît indiquée, mais la malade ne peut rentrer à l'hôpital.

Conclusion. — Amélioration très importante suivie de rechûte partielle d'une métro-annexite chronique gonococcique datant de six ans, aggravée depuis six mois, ayant résisté au traitement médical.

L'action a été surtout nette sur les brûlures à la miction dès la troisième piqûre (quatrième jour), et sur les pertes et les douleurs dès la quatrième piqûre (septième jour).

Durée totale du traitement : 13 jours (6 piqûres).

OBSERVATION N° 20.

(Service de la Salubrité Professeur JOULIA.)

Diagnostic : *Méto-annexite chronique gonococcique.*

Résultat : guérison clinique.

M... Charlotte, 25 ans. — Entre pour douleurs dans le bas-ventre, pertes verdâtres et brûlures à la miction.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à quatre ans par des brûlures en urinant. Presque en même temps, la malade commence à souffrir du bas-ventre et présente des pertes verdâtres.

Ces douleurs sont continues, sourdes, se produisent par crises durant de un quart d'heure à une heure, avec un peu de fièvre.

La malade ne s'est jamais arrêtée dans son travail.

Le traitement médical calme les brûlures à la miction, mais n'a aucune action sur les douleurs et sur les pertes.

Pendant quatre ans, la malade a des périodes d'amélioration et d'aggravation, sans que jamais elle ait un soulagement complet.

C'est au cours d'une visite médicale sanitaire que les lésions de métrite gonococcique ont été découvertes et ont justifié son entrée à la Salubrité.

12 novembre. — *Examen.* — Bon état général, pas de température. La malade se plaint de *douleurs* dans le bas-ventre, surtout à gauche, de *pertes* verdâtres très abondantes, et de légères *brûlures* à la miction.

La palpation abdominale montre des points annexiels légèrement douloureux.

L'examen de la vulve montre un léger prolapsus avec cystocèle et boursofflures nettes des glandes de Skene.

Toucher vaginal. — Col entr'ouvert et enflammé, le corps est normal, les culs-de-sac sont souples, mais douloureux, surtout à gauche, pas de masses annexielles.

Au speculum. — Col rouge, muqueuse en ectropion, glaires abondantes.

Les frottis des mucosités cervicales et urétrales (laboratoire de M. le Professeur Petges), montrent la présence de gonocoque.

En résumé, métrite-annexite chronique et vulvo-vaginite gonococcique.

On décide :

Série de vaccin antigonococcique chauffé Institut Pasteur par la porte d'entrée.

12 novembre. — 1° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39°2; pouls 84; durée 10 heures.

Résultats : *les douleurs ont disparu*, les pertes persistent.

14 novembre. — 2° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction faible. — Température 37°8; pouls 80; durée 10 heures.

Résultats : *les brûlures à la miction disparaissent*, les pertes sont sans changement.

18 novembre. — 3° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction. — Température 38°8; pouls 100; durée 12 heures.

Les pertes ont diminué, le toucher vaginal est complètement indolore et le speculum montre un col manifestement amélioré et une muqueuse vaginale normale. Quelques glaires plus fluides et moins verdâtres.

21 novembre. — 4° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne. — Température 39°8; pouls 100; durée 8 heures.

Résultats : l'amélioration se maintient.

24 novembre. — 5° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction. — Température 38°9; pouls 94; durée 12 heures.

27 novembre. — 6° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction. — Température 39°4; pouls 104; durée 6 heures.

Résultats : *les pertes ont presque complètement disparu*.

2 décembre. — 7° 1 centimètre cube 1/2 antigono Skene intra-cervical.

Réaction faible. — Température 37° 4; pouls 106; durée 9 heures.

Résultats : sans changements.

4 décembre. — 8° 1 centimètre cube 1/2 antigono intra-cervical.

Réaction. — Température 39; pouls 106; durée 10 heures.

Résultats : *les pertes ont disparu*.

Exéat le 11 décembre 1930, cliniquement guérie.

Les frottis restent très légèrement positifs.

Conclusion. — Guérison clinique d'une métro-annexite chronique gonococcique datant de quatre ans, ayant résisté au traitement médical.

L'action a été surtout nette et complète sur les douleurs dès la première piqûre, sur les brûlures dès la deuxième (deuxième jour), sur les pertes après la sixième piqûre (quinzième jour).

Durée totale : 22 jours (8 piqûres).

OBSERVATION N° 21

(Service de la Salubrité, Professeur JOULIA.)

Diagnostic : *Métrite chronique du col utérin.*

Résultat : Guérison clinique.

R... Maria, 22 ans, serveuse. — Entre pour pertes verdâtres abondantes et brûlures à la miction.

La malade, qui présente des pertes depuis très longtemps, voit ces signes s'aggraver depuis quelques jours, en particulier les signes urinaires. Ceux-ci sont calmés par le traitement médical.

Au moment où l'on commence le traitement par le vaccin, la malade ne présente plus qu'une métrite du col, sans pertes abondantes, ni douleurs dans le bas-ventre, ni brûlures à la miction.

10 novembre. — *Examen* : L'orifice vulvaire est rouge, le méat congestionné, les glandes Skene sont très nettement enflammées.

Les frottis de mucosités cervicales et urétrales montrent une flore presque uniquement composée de gonocoques (laboratoire hôpital Boursier).

On décide une série de :

Vaccin antigonococcique chauffé de l'Institut Pasteur par la porte d'entrée.

14 novembre. — 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction faible. — Température 38° 2; pouls 80; durée 9 heures.

Résultats : l'amélioration n'est pas appréciable.

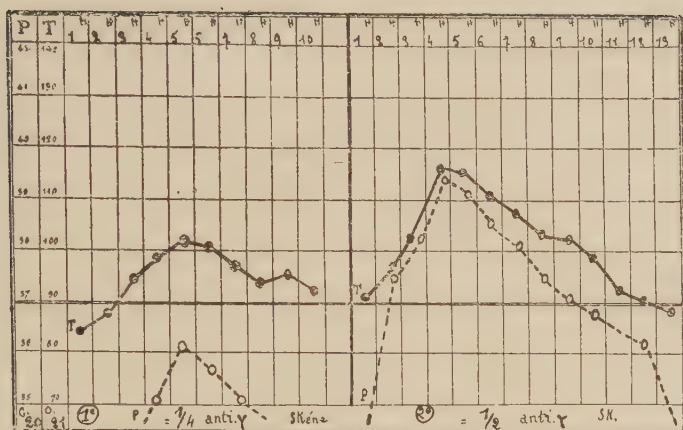
17 novembre. — 2° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39° 8; pouls 116; durée 8 heures.

Résultats : les pertes sont moins abondantes et moins verdâtres. Les quelques légères *douleurs* que la malade présentait dans le bas-ventre *ont disparu*.

Au speculum : le col est en meilleur état.

Au toucher vaginal : rien à signaler.



19 novembre. — 3° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction faible.

Résultats sans changement.

21 novembre. — 4° 1 centimètre cube antigono Skene intra-cervical

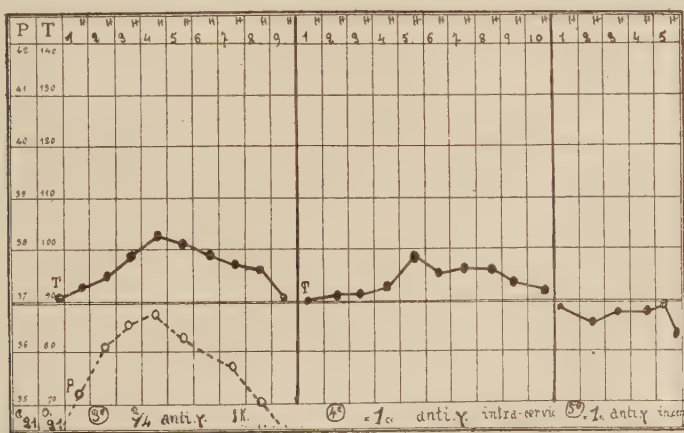
Réaction légère.

Résultats sans changement.

27 novembre. — 5° 1 centimètre cube antigono intra-cervical.

Réaction nulle.

Résultats : la malade se sent beaucoup mieux, le col est devenu normal, les pertes ont disparu.



2 décembre. — 1 centimètre cube 1/2 antigono intra-cervical.

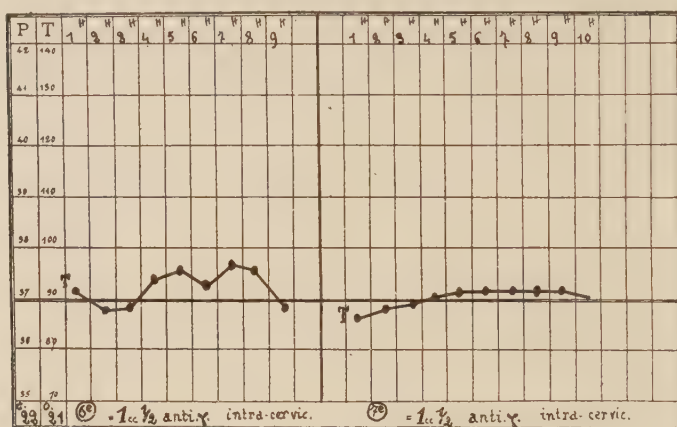
Réaction légère.

Résultats : sans changements.

4 décembre. — 1 centimètre cube 1/2 antigono intra-cervical.

Réaction nulle.

Résultats : l'amélioration se confirme, la malade est cliniquement guérie, mais les frottis restent légèrement positifs.



Conclusion. — Guérison clinique d'une métrite chronique gonococcique du col en 20 jours (7 piqûres).

OBSERVATION N° 22

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Méto-annexite chronique gonococcique avec signes urinaires.*

Résultat : Guérison clinique.

B... Catherine, 21 ans. — Entre le 25 novembre 1930 pour douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche. Pertes verdâtres très abondantes, brûlures à la miction.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à un an par des pertes blanches, puis verdâtres, sans douleurs.

En juillet 1930, la malade commence à souffrir en urinant et à ressentir des douleurs sourdes dans les lombes, à gauche.

En octobre 1930, petite crise douloureuse au moment des règles, traitée médicalement, sans effet appréciable.

La malade n'a souffert du bas ventre que quelques jours avant d'entrer à l'hôpital. Sensation d'élancement avec irradiation dans les reins, et crises paroxystiques plus intenses qu'autrefois. Dans les intervalles, la douleur diminue sans disparaître.

Traitement : la malade est au repos depuis trois mois, au lit depuis huit jours. Cependant, l'état paraît s'aggraver malgré un traitement médical rigoureux.

25 novembre. — *Examen.* — La malade souffre spontanément dans le bas-ventre et à gauche.

La palpation abdominale montre à ce niveau un point douloureux annexiel.

D'autre part, *brûlures* à la miction peu importantes pour le moment, mais *pertes* verdâtres abondantes.

Toucher vaginal : col gros, métritique, les culs-de-sac antérieurs légèrement douloureux, la pression provoque l'envie d'uriner.

A gauche, masses annexielles très douloureuses avec culs-de-sac empâtés.

La mobilisation utérine est très douloureuse, mais sa mobilité peu diminuée.

Examen de la vulve : rougeur nette et douleur à la palpation.

Le méat est rouge, les glandes Skene augmentées de volume.

En résumé : métro-annexite chronique gonococcique avec phénomènes urinaires de même nature. Echec du traitement médical simple.

Les frottis de mucosités cervicales et urétrales (laboratoire hôpital Boursier) montrent la présence très nette de gonocoque.

On décide une série de :

Vaccin antigonococcique chauffé Institut Pasteur, par la porte d'entrée.

27 novembre. — 1° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 40° 6; pouls 120; durée 11 heures.

Résultats : *les douleurs dans le bas-ventre ont disparu, plus de brûlures à la miction*, les pertes ont diminué très notablement.

Eruption herpétique au niveau du nez et des lèvres.

5 décembre. — 2° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39° 4; pouls 120; durée 10 heures.

Résultats : sans changement.

8 décembre. — 3° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne.

Résultats : sans changement.

10 décembre. — 4° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39° 9; pouls 120; durée 9 heures.

Résultats : les pertes ont reparu en partie.

Les injections suivantes auront lieu dans le col utérin.

13 décembre. — 5° 1 centimètre cube antigono intra-cervical.

Réaction moyenne. — Température 38° 4; pouls 104; durée 5 heures.

Résultats : sans changement.

16 décembre. — 6° 1 centimètre cube 1/2 antigono intra-cervical.

Réaction forte. — Température 39° 5; pouls 120; durée 7 heures.

Résultats : sans changement.

Après la première série, la malade :

1° A encore des frottis positifs (gonocoque);

2° Des pertes qui ont d'abord disparu, puis se sont reproduites en partie.

Toucher vaginal : la masse annexielle gauche persiste, moins volumineuse et moins douloureuse. La mobilisation utérine est presque indolore.

En résumé : bien que très peu améliorée au point de vue fonctionnel, la malade conserve encore des signes physiques et des frottis positifs qui justifient une deuxième série.

22 décembre. — 7° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 40° 2; pouls 112; durée 12 heures.

Résultats : sans changement.

27 décembre. — 8° 1/2 centimètre cube antigono Skene (réduction de la dose à cause de l'intensité de la réaction précédente).

Réaction faible. — Température 37°; pouls 96; durée 4 heures.

Résultats : les pertes diminuent très nettement. Elles sont devenues très minimales.

29 décembre. — 9° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39° 4; pouls 116; durée 6 heures.

Résultats : les pertes ont disparu. La guérison se maintient sur les autres points, mais les frottis sont encore légèrement positifs.

31 décembre. — Le toucher vaginal est complètement négatif. La malade est revue par la suite (1^{er} février et 9 mars), la guérison s'est maintenue.

Conclusion. — Guérison clinique d'une métro-annexite chronique gonococcique, datant de un an, et ayant résisté très nettement au traitement médical simple qui était sans action depuis un mois.

L'action a été surtout nette et complète dès la première piqûre, sur les brûlures à la miction et les douleurs spontanées.

Durée totale : 34 jours (9 piqûres).

OBSERVATION N° 23

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Méthro-annexite chronique.*

Résultat : Amélioration.

P..., Emilie, 25 ans, vendeuse. — Entre pour douleurs dans le bas-ventre avec pertes verdâtres très abondantes.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à trois ans environ après une fausse-couche. La malade commence à souffrir du bas-ventre après un curage digital. Douleurs lentes, continues, calmées par le repos, mais réapparaissant au moindre travail, irradiant vers les reins et vers les cuisses.

Pertes verdâtres et brûlures à la miction.

Le traitement médical immobilise la malade pendant trois mois au lit avec la glace.

La malade reste à peu près guérie pendant un an.

En 1928, crise douloureuse intense dans le bas-ventre avec douleurs, mais sans fièvre. Durée un mois.

Dans les mois qui suivent, après un retard de règles, la malade fait un avortement, qui nécessite un curetage. Arrêt de deux mois.

La malade continue à souffrir avec crises paroxystiques assez fréquentes, surtout au moment des règles. Le traitement médical reste sans résultat.

A la suite d'une crise plus importante avec nausées et pertes fétides, la malade entre à l'hôpital.

Mise au repos absolu avec de la glace et des injections, la malade est assez rapidement améliorée, mais elle continue à souffrir légèrement.

Les pertes subsistent, et d'autre part, les lésions physiques paraissent être importantes pour justifier le traitement vaccinothérapique.

Examen : Bon état général.

Au moment où l'on commence le traitement, la malade se plaint de *pertes verdâtres, douleurs* : 1° spontanée, petite lancée dans le vagin avec douleur sourde dans le bas-ventre,

irradiant dans les reins et dans les cuisses; 2° provoquée des deux côtés.

Les brûlures à la miction ont disparu.

Au toucher vaginal, on trouve une bride vaginale circulaire très douloureuse, reposant sur une base indurée. La malade qui en connaît l'existence l'attribue au premier curetage qu'elle a subi à Lyon il y a trois ans.

Le cul-de-sac gauche est très nettement empâté, sans qu'on puisse mettre en évidence une masse annexielle appréciable.

L'utérus paraît fixé en arrière, sa mobilisation est douloureuse.

En résumé, métro-annexite chronique gauche avec péri-métrite.

Les frottis des mucosités cervicales et urétrales (laboratoire Hôpital Boursier), montrent une flore polyvalente avec présence de gonocoque. On décide une série mixte de :

Vaccin antigono chauffé Institut Pasteur et vaccin polyvalent antimétritique Im. 41, par la porte d'entrée :

26 décembre. — 1° 1/4 centimètre cube antigono Skene. Réaction légère. — Température 37° 3; pouls 84; durée 3 heures.

Résultats : pas appréciables.

3 janvier. — (Le long intervalle est dû à l'apparition des règles pendant lesquelles les piqûres ont été supprimées.)

2° 1/2 centimètre cube Im. 41 Skène.

Réaction nulle.

Résultats : pas appréciables.

5 janvier. — 3° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39° 3; pouls 140; durée 12 heures.

Résultats : *disparition des douleurs*, disparition des pertes.

12 janvier. — 4° 1/2 centimètre cube antigono Skene (incomplet).

Réaction faible. — Température 37° 9; pouls 120; durée 10 heures.

Résultats : sans changement.

14 janvier. — 5° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction faible. — Température 38°; pouls 120; durée 10 heures.

Résultats : sans changement.

24 janvier. — Depuis la dernière piqûre, les pertes ont réapparu, peu importantes, et la malade souffre légèrement.

6° 1 centimètre cube polyvalent Im. 41 Skène.

Réaction légère.

Résultats : sans changement.

Examen : Au toucher vaginal, l'empâtement gauche a diminué, mais persiste, en partie assez douloureux.

Les pertes sont encore assez abondantes.

La malade n'étant qu'améliorée (les douleurs et les pertes persistant), on commence une seconde série :

9 janvier. — 7° 1/2 centimètre cube polyvalent Im. 41 Skene.

Réaction légère. — Température 38°8; pouls 102.

Résultats : pas appréciables.

10 février. — 8° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne. — Température 38° 4; pouls 116; durée 13 heures.

Résultats : amélioration sur les pertes et les douleurs.

12 février. — 9° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction légère. — Température 37° 4; pouls 120; durée 6 heures.

Résultats : l'amélioration persiste.

14 février. — 10° 1 centimètre cube polyvalent Im. 41 Skene.

Réaction moyenne. — Température 38° 8; pouls 116; durée 9 heures.

Résultats : dito.

21 février. — 11° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction légère. — Température 37° 4; pouls 104; durée 5 heures.

Résultats : l'amélioration se confirme.

24 février. — 12° 1 centimètre cube 1 m 41 Skene.

Réaction moyenne. — Température 38° 4; pouls 128; durée 8 heures.

Résultats : à la fin de cette seconde série, la malade ne souffre plus spontanément, elle n'a plus de pertes.

Les réactions fébriles se sont produites même à la fin du traitement.

Au toucher vaginal, l'utérus reste légèrement fixé. Sa mobilisation un peu douloureuse, le cul-de-sac gauche reste un peu empâté et douloureux.

L'examen dans son ensemble est beaucoup moins pénible, mais on a l'impression qu'une amélioration semblable aurait été obtenue par le traitement médical simple. En effet, la durée totale des deux séries de vaccins est de 59 jours.

Conclusion.— Amélioration d'une métro-annexite chronique datant de trois mois.

L'action a été surtout nette au début sur les douleurs et les pertes, mais l'amélioration est restée partielle.

Durée totale : 59 jours (12 piqûres).

OBSERVATION N° 24

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Méto-annexite chronique forme douloureuse.*

Résultat : Guérison clinique.

B..., Léontine, 33 ans, s. p. — Vient à la consultation le 12 septembre 1930, pour douleurs au niveau du bas-ventre et pertes jaunâtres.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à sept ans environ (1923) après un accouchement. La malade souffre de son bas-ventre. Ces douleurs ont le type de coliques, et augmentent à la fatigue.

Quelques crises douloureuses avec vomissements, fièvre, nécessitant le repos au lit.

Par la suite (1924-25-26-27), la malade souffre peu, mais son état général est déficient. Elle est suivie par son médecin pour bacillose probable (?).

Il y a deux ans et demi (1928) elle recommence à souffrir

du bas-ventre avec des crises extrêmement douloureuses irradiant dans les reins, obligeant la malade à s'arrêter quelquefois quinze jours de rang.

Les crises s'accompagnent quelquefois d'hémorragies assez abondantes pour nécessiter des piqûres d'ergotine.

La glace a été nécessaire à deux ou trois reprises. Les brûlures à la miction sont assez fréquentes.

En l'espace de deux ans, la malade a eu sept à huit crises importantes.

Dans l'intervalle, elle souffre à peu près continuellement, car si la douleur se calme, elle ne disparaît jamais complètement.

Elle présente continuellement des pertes jaunes verdâtres assez abondantes.

Depuis quelque temps, les crises augmentent d'intensité et de fréquence.

Traitée médicalement et en particulier par une cure à Salies-de-Béarn, la malade n'est soulagée que passagèrement, et recommence à souffrir dès qu'elle essaie de reprendre son travail

16 septembre 1930. — *Examen* : la malade est amaigrie, fatiguée, facies pâle.

A la palpation abdominale : points douloureux annexiels.

Toucher vaginal : col gros, métritique. Les culs-de-sac sont souples, sauf à gauche où l'on met en évidence une masse annexielle nette très douloureuse. Le cul-de-sac postérieur est très douloureux.

L'utérus est en anteversion, sa mobilité est diminuée, sa mobilisation est douloureuse.

L'examen des mucosités cervicales est négatif (laboratoire de M. le Professeur Mauriac).

En résumé : métro-annexite chronique à forme douloureuse.

12 février. — La malade revient pour entrer dans le service parce qu'elle continue à souffrir.

Depuis septembre, trois périodes douloureuses l'ont obligée à suspendre son travail. Douleurs du type de coliques dans

tout le bas-ventre irradiant dans les cuisses, sans fièvre, nausées, ni vomissements.

Les pertes verdâtres qui ont disparu, réapparaissent par périodes; légères brûlures à la miction.

L'état général reste déficient, grande nervosité.

Depuis quelque temps, le traitement médical paraît l'avoir améliorée en partie.

Le toucher vaginal montre à peu près les mêmes lésions qu'au premier examen. Le diagnostic reste le même.

Les frottis des mucosités vaginales, urétrales et cervicales montrent l'absence de gonocoque, mais un pus abondant, avec polynucléaires bien conservés.

25 février. — Au début du traitement, la malade présente donc des douleurs dans le bas-ventre, des pertes jaunâtres, et des brûlures légères à la miction. On décide une série mixte de :

Vaccin antigono chauffé Institut Pasteur et vaccin polyvalent Clin, par la porte d'entrée :

1° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

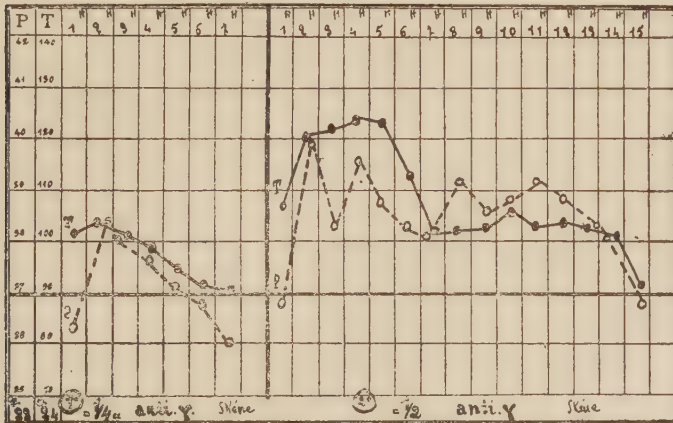
Réaction moyenne. — Température 38° 5; pouls 104; durée 6 heures.

Résultats : amélioration des douleurs et des pertes.

27 février. — 2° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 40° 2; pouls 120; durée 14 heures.

Résultats : l'amélioration persiste.



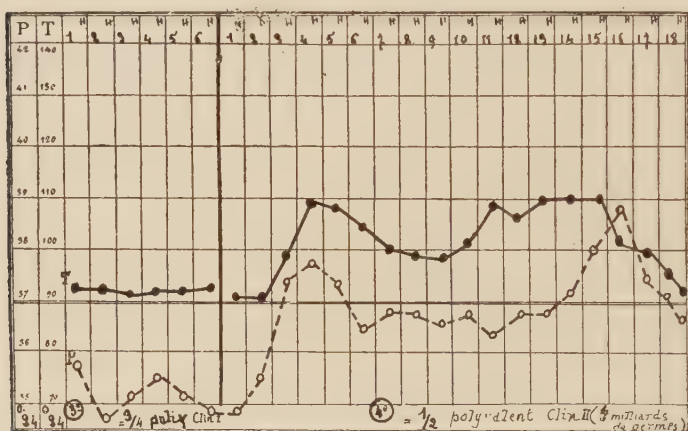
3 mars. — 3° 3/4 centimètre cube antigono polyvalent Clin 1 Skene (3 milliards de germes).

Réaction légère. — Température 37° 2; pouls 76.

Résultats : *la malade ne souffre plus, les pertes ont complètement disparu ainsi que les brûlures*

La série est suspendue à cause des règles cela permet de constater que même à cette occasion, la malade ne souffre plus.

14 mars — 4° 1/2 antigono polyvalent Clin II Skene (4 milliards).



Réaction forte. — Température 39°; pouls 108; durée 19 heures.

Résultats : la guérison se maintient.

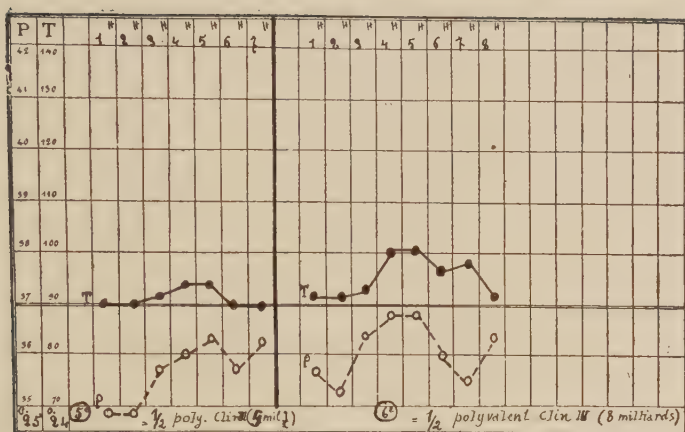
17 mars. — 5° 1/2 centimètre cube antigono polyvalent Clin III Skene (5 milliards 1/2).

Réaction légère. — Température 37° 4; pouls 82; durée 5 heures.

Résultats : sans changement.

19 mars. — 6° 1/2 centimètre cube antigono polyvalent Clin IV Skene (8 milliards).

Réaction moyenne. — Température 38°; pouls 88; durée 8 heures.



Résultats : la série terminée, la malade ne souffre plus de son bas-ventre, même après ses règles.

Les pertes ont disparu ainsi que les brûlures à la miction.

Le toucher vaginal est indolore. Les culs-de-sac et le corps utérin ne présentent rien d'anormal.

Conclusion. — Guérison clinique d'une métro-annexite chronique, forme douloureuse à rechute, datant de deux ans et demi, ayant résisté à peu près complètement au traitement médical.

L'action du traitement a été surtout nette et complète sur les douleurs et les pertes dès la troisième piqûre (7^e jour).

Durée totale du traitement : 23 jours (6 piqûres).

OBSERVATION N° 25

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Méto-annexite chronique forme douloureuse.*

Résultats : Amélioration.

R..., Alice, 31 ans, ménagère. — Entre le 16 février pour douleurs dans les reins et dans le bas-ventre. Pertes jaunâtres.

Histoire de la maladie — Le début remonte à cinq ans (1926); après un accouchement prématuré, la malade com-

mençe à souffrir du bas-ventre et des reins avec pertes jaunâtres abondantes.

Malgré le traitement médical, la malade, depuis ce moment-là est une véritable infirme du bas-ventre.

En 1928, deux petites crises paroxystiques l'empêchent de travailler. Elle reste deux mois à l'hôpital. Son état est cependant stationnaire et l'empêche de reprendre toute occupation pénible.

19 février 1931. — *Examen* : la malade souffre spontanément, même au lit. Pertes jaunâtres abondantes et fétides.

Palpation abdominale : points annexiels et appendiculaires douloureux.

Toucher vaginal : l'utérus est en anteversion, les culs-de-sac sont libres mais douloureux, surtout à gauche; on trouve même à ce niveau un léger empâtement; la mobilisation de l'utérus est très douloureuse, sa mobilité est normale.

Un traitement médical simple est institué.

12 mars 1931. — Après vingt-quatre jours de traitement médical, la malade ne souffre plus spontanément du bas-ventre; mais on trouve à l'examen une douleur encore assez intense à gauche.

Les douleurs spontanées dans les reins persistent, les pertes ont diminué sans disparaître. La température reste très nettement au-dessus de 37°.

Au toucher vaginal, l'empâtement gauche se maintient sans changement.

L'examen des mucosités urétrales et vaginales (laboratoire de l'Hôpital Boursier), montre une flore polyvalente avec polymériques bien conservés. On décide donc une série mixte de :

Vaccin antimétritique polyvalent Im. 41 et vaccin antigono chauffé Institut Pasteur, par la porte d'entrée :

12 mars. — 1° 1/4 centimètre cube vaccin polyvalent Gremy Skene.

Réaction forte. — Température 39°2; durée 9 heures avec reprise.

Résultats : la température baisse au-dessous de 37°. Par ailleurs, pas de changements appréciables.

19 mars. — 2° 1/4 centimètre cube vaccin antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39°4; durée 4 heures.

Résultats : la malade ne souffre plus des reins; les pertes sont plus claires, mais aussi abondantes.

21 mars. — 3° 1/2 centimètre cube vaccin polyvalent Gremy Skene.

Réaction moyenne.

Résultats : sans changements appréciables.

24 mars. — 4° 1 centimètre cube antigono intra-cervical.

Réaction légère. — Température 37°3; pouls 74; durée 6 heures.

Résultats : sans changement.

27 mars. — 5° 3/4 centimètre cube polyvalent Gremy Skene.

Réaction forte. — Température 39°6; pouls 110; durée 9 heures.

Résultats : *les douleurs ont complètement disparu*, les pertes restent aussi abondantes.

Les injections suivantes seront donc faites au niveau du col utérin.

3 avril. — Les piqûres ont dû être suspendues à cause des règles.

6° 1 centimètre cube antigono intra-cervical.

Réaction nulle.

Résultats : sans changement.

7 avril. — 7° 1 centimètre cube 1/3 polyvalent Gremy intra-cervical plus pansement vaginal au vaccin Gremy.

Réaction nulle.

Résultats : pas appréciables.

8 avril. — A l'examen, le toucher vaginal reste très douloureux, sans que l'on puisse mettre en évidence des lésions annexielles importantes.

La malade continue à souffrir légèrement après l'épreuve du lever. Le point appendiculaire persistant à tous les examens, on décide l'intervention.

21 avril. — *Opération* (Professeur Guyot) : Résection partielle de l'ovaire droit et appendicectomie. L'intervention a

montré si peu de lésions physiques au niveau des annexes que lon a décidé la conservation.

Les suites ont été normales.

Conclusion : Amélioration d'une métro-annexite chronique datant de cinq ans à forme douloureuse, pour laquelle le traitement médical s'était montré inopérant. Amélioration insuffisante et qui n'a pu éviter l'intervention.

Durée totale : 51 jours (7 piqûres).

OBSERVATION N° 26

(Service de M. le Professeur GUYOT).

Diagnostic : *Méto-annexite chronique*.

Résultats : Guérison clinique.

H..., Madeleine, 23 ans, serveuse. — Entre le 10 mars pour pertes blanchâtres et douleurs dans le bas-ventre.

Histoire de la maladie. — Depuis une fausse-couche (1926), la malade a toujours présenté des pertes blanchâtres, tâchant le linge, augmentant à la fatigue.

Elle souffre du bas-ventre, à tel point qu'elle est obligée d'entrer à l'hôpital Saint-André en 1929.

On porte alors le diagnostic de salpingite.

La malade est traitée vingt-deux jours. Elle refuse l'intervention et n'est soignée que par un traitement médical.

Après trois mois de repos, elle reprend son travail, et recommence à souffrir assez légèrement, surtout au moment des règles.

En 1927, la malade est opérée d'appendicite. On aurait constaté, au cours de l'opération une annexite droite (?).

En février 1931, crise douloureuse dans le bas-ventre, sans nausées, ni vomissements sans température.

Ces douleurs durent dix minutes environ, puis se calment. Cependant, la malade souffre trop pour reprendre son travail. Le médecin consulté l'envoie à l'Hôpital.

14 mars. — *Examen* : Bon état général, souffre peu spontanément. La douleur, quand elle se produit, est surtout

prononcée à droite; la palpation est également douloureuse à droite et à gauche.

Toucher vaginal : Le col de consistance normale, le cul-de-sac au fond est souple, mais à gauche on sent une masse annexielle assez douloureuse.

Le corps utérin est en rétro-position mais en ante-flexion, un peu gros et douloureux. Sa mobilité est normale, et sa mobilisation peu douloureuse.

L'examen des frottis des mucosités urétrales, vaginales et cervicales, montre une flore polyvalente, avec présence de gonocoque (laboratoire de l'Hôpital Boursier).

16 mars. — Depuis quelques jours, et même avant son entrée à l'hôpital, la malade était améliorée par le traitement médical, puis, son état devint stationnaire.

Actuellement, elle souffre dès qu'elle se lève. D'autre part, les pertes ont diminué sans disparaître. Les lésions physiques sont stationnaires.

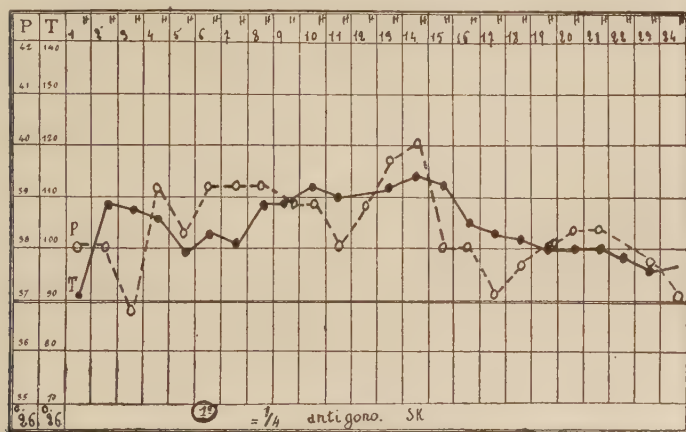
On décide une série mixte de :

Vaccin antigono chauffé Institut Pasteur et antimétritique polyvalent Gremy Im. 41, par la porte d'entrée :

16 mars. — 1° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39°4; pouls 120; durée 26 heures.

Résultats : la douleur provoquée est nettement diminuée. Les pertes persistent, mais peu importantes.



23 mars. — 2° 1/4 centimètre cube antigono Skene (la dose n'a pas été augmentée à cause de l'intensité de la réaction précédente).

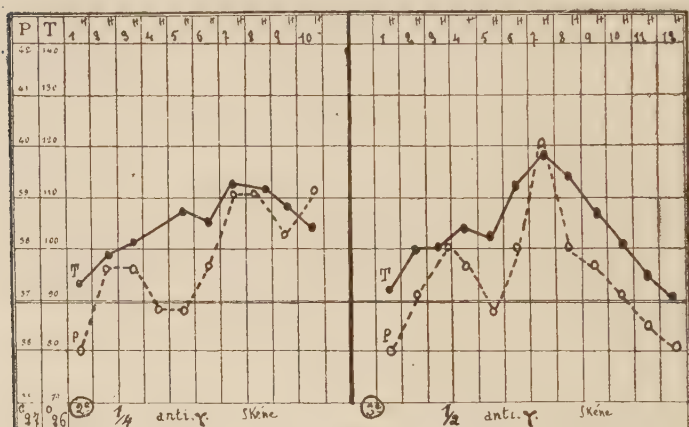
Réaction forte. — Température 39°2; pouls 112; durée 13 heures.

Résultats : les pertes ont disparu, les douleurs provoquées ont disparu.

26 mars. — 3° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39° 8; pouls 120; durée 12 heures.

Résultats : l'amélioration persiste.



30 mars. — 4° 3/4 centimètres cubes polyvalent Gremy Skene.

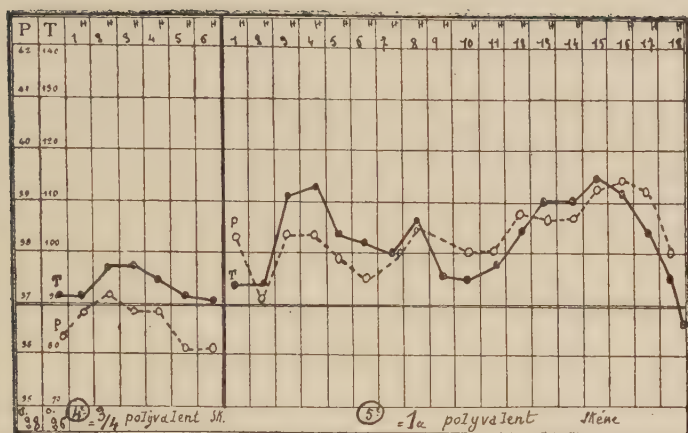
Réaction légère. — Température 37° 8; pouls 92; durée 7 heures.

Résultats : l'amélioration persiste, malgré les règles qui ont apparu ce jour (31 mars).

4 avril. — 5° 1 centimètre cube polyvalent Gremy Skene.

Réaction forte. — Température 39° 4; pouls 114; durée 18 heures.

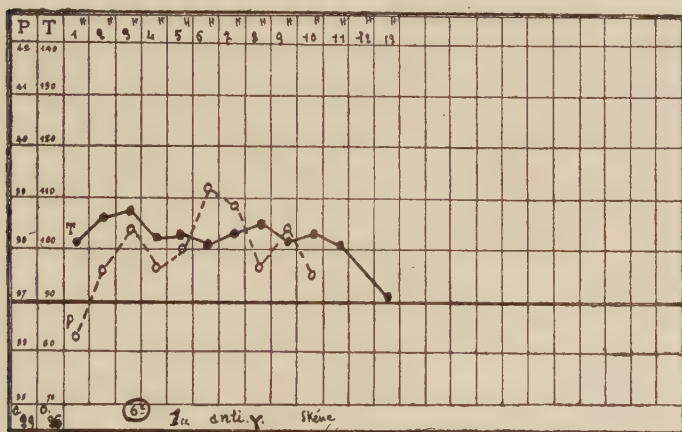
Résultats : la guérison se confirme.



7 avril. — 6° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne. — Température 38° 7; pouls 112; durée 11 heures.

Résultats : la guérison se confirme.



8 avril. — Le toucher vaginal est complètement négatif, souplesse absolue des culs-de-sac. La mobilisation utérine est douloureuse, sa mobilité est normale, on autorise le lever.

La malade sort guérie quelques jours après.

Conclusion. — Guérison clinique d'une métro-annexite chronique datant de cinq ans, avec crises douloureuses depuis un mois.

Le traitement médical était sans résultats depuis quelques jours.

L'action a été surtout nette et complète sur les douleurs et sur les pertes dès la deuxième piqûre (7^e jour), sur les signes physiques après la sixième (22^e jour).

Durée totale : 22 jours (6 piqûres).

OBSERVATION N° 27

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Méthro-annexite chronique post-abortionum forme douloureuse.*

Résultats : Guérison clinique.

R... Zoé, 29 ans. — Entre pour douleurs dans le bas-ventre, surtout à droite, douleurs dans les reins, pertes jaunes et brûlures à la miction.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à trois ans, après une fausse-couche. La malade commence à souffrir du bas-ventre avec des pertes assez abondantes.

On diagnostique une infection utéro-annexielle pour laquelle on institue un traitement médical simple qui oblige la malade à rester au lit pendant un mois.

Par la suite, la malade continue à souffrir mais peut reprendre son travail.

La douleur augmente à la fatigue et à la marche et est accompagnée assez souvent, le soir, d'un léger fébricule.

Un an après, en 1929, première crise intense, pour laquelle on propose une opération qui est refusée par la malade.

Traitement médical simple : durée quinze jours.

Depuis, tous les mois, dans la semaine qui suit les règles, la malade a des crises douloureuses l'obligeant à s'arrêter trois ou quatre jours, avec brûlures à la miction.

Dans l'intervalle, elle souffre de douleurs continues, sourdes, dans tout le bas-ventre, surtout à droite. C'est une sensation de pesanteur qui est augmentée par la fatigue et calmée complètement par le repos prolongé.

Ces douleurs irradient dans les cuisses et dans les reins et présentent, presque toutes les semaines, de petits paroxysmes avec nausées et fièvre.

Les pertes jaunâtres persistent, peu abondantes. L'état général a beaucoup baissé depuis trois semaines. (Amaigrissement, fatigue intense.)

22 mars. — A l'examen, on est en présence d'une malade amaigrie, un peu pâle, et paraissant très fatiguée.

La palpation abdominale est légèrement douloureuse au niveau du bas-ventre.

Depuis qu'elle est au lit au repos (6 jours) la malade ne souffre plus spontanément.

Toucher vaginal : montre un empâtement douloureux, avec masses annexielles droites; les pertes ont disparu, mais la malade présente encore des envies fréquentes d'uriner.

L'examen des mucosités uréthrales, cervicales et vaginales (laboratoire hôpital Boursier), montre une flore polyvalente, avec présence de gonocoque.

Le traitement médical simple n'ayant pas apporté d'amélioration appréciable, on décide une série mixte de :

Vaccin antigono chauffé Institut Pasteur et vaccin antimitritique polyvalent Grémy Im. 41, par la porte d'entrée.

23 mars. — 1° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne. — Température 38°; pouls 100; durée 6 heures.

Résultats : *les envies fréquentes d'uriner ont disparu*, mais la douleur et les pertes persistent sans changement appréciable.

26 mars. — 1/2 centimètre cube polyvalent Grémy Skene.

Réaction moyenne.

Résultats : la malade ne souffre presque plus à la palpation.

3 avril. — 3° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39°2; pouls 122; durée 11 heures.

Résultats : *la malade ne souffre plus*, l'amélioration persiste par ailleurs.

7 avril. — 4° 3/4 centimètre cube polyvalent Grémy Skene.

Réaction légère. — Température 37°6; pouls 95; durée 4 heures.

Résultats : l'amélioration persiste.

11 avril. — 5° 3/4 antigono Skene.

Réaction moyenne. — Température 38°3; pouls 124; durée 8 heures.

Résultats : l'amélioration persiste, mais la malade se plaint d'inappétence presque absolue avec sensation de gêne épigastrique, qui cède très rapidement sous une médication appropriée (noix vomique).

15 avril. — 6° 1 centimètre cube 1/2 vaccin polyvalent Gremy Skene.

Réaction moyenne.

Résultats : sans changement.

23 avril. — L'état général est très amélioré. Le toucher vaginal ne montre qu'une petite annexe gauche absolument indolore et rien par ailleurs.

Conclusion. — Guérison clinique d'une métro-annexite chronique post-abortum, à forme douloureuse, datant de trois ans, ayant résisté au traitement médical simple.

L'action a été surtout nette et complète sur les brûlures à la miction dès la première piqûre, sur les douleurs dès la troisième (11° jour), sur les signes physiques dès la sixième (23° jour).

Durée totale. — 23 jours (6 piqûres).

Vulvo-vaginites.

Enfants..... 3 cas..... 3 guérisons.

Adultes..... 2 cas..... 2 améliorations.

(Obs. 28, 29, 30, 31, 32).

OBSERVATION N° 28.

(Service de M. le Professeur CRUCHET.)

Diagnostic : *Vulvo vaginite gonococcique.*

Résultats : Guérison.

L... Marguerite, 4 ans.

Histoire de la maladie. — La malade, en traitement dans le service depuis plusieurs jours, présente des lésions de vulvo-vaginite gonococcique caractéristique (rougeurs, douleurs, écoulements purulents), qui résistent, comme à l'habitude, au traitement médical.

Les frottis des mucosités vulvaires (laboratoire du Docteur Piéchaud) montrent la présence très nette de gonocoque.

11 novembre. — On décide une :

Série vaccin antigono chauffé Institut Pasteur, par la porte d'entrée.

1° 1/8 centimètre cube antigono Skene (injection incomplète).

Réaction nulle.

Résultat : pas appréciable.

13 novembre. — 2° 1/8 centimètre cube vaccin antigono Skene.

Réaction faible. — Température 37°8.

Résultat : l'écoulement a notablement diminué.

17 novembre. — 3° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 41°1; pouls 100.

Pendant deux heures, la malade a été très légèrement cyanotique.

Résultat : *disparition complète des pertes*, la vulve est absolument sèche.

On espère les piqûres à cause de l'intensité du choc.

24 novembre. — La guérison s'est maintenue.

Quatrième piqûre. — 1/4 centimètre cube vaccin antigono Skene.

Réaction. — Température 39°6; durée 8 heures.

Résultats : la guérison se maintient.

4 décembre. — Les frottis restent positifs, la vulve est redevenue un peu plus rouge depuis la dernière piqûre.

5° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction. — Température 39° 8; durée 10 heures.

Résultats : amélioration légère de la rougeur.

8 décembre. — 6° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction. — Température 39° 8; durée 8 heures.

Résultats : sans changement.

11 décembre. — 7° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction. — Température 38° 8; durée 8 heures.

Résultats : la rougeur a complètement disparu.

15 décembre. — 8° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction nulle.

Résultats : la guérison s'est maintenue. Les frottis sont négatifs (laboratoire Professeur Mauriac).

Conclusion. — Guérison clinique et bactériologique, chez une petite fille, d'une vulvo-vaginite gonococcique, qui avait résisté complètement au traitement médical.

L'action a été très nette et complète sur l'écoulement dès la troisième piqûre (sixième jour).

Durée totale. — 34 jours (8 piqûres).

OBSERVATION N° 29.

(Service de M. le Professeur CRUCHET.)

Diagnostic : *Vulvo-vaginite gonococcique.*

Résultat : Guérison.

L... Renée, 6 ans 1/2 (sœur de la précédente).

Histoire de la maladie. — Elle a présenté le même syn-

drôme et les mêmes signes, avec prédominance de l'écoulement qui, chez elle, est très abondant. Là aussi, le traitement médical simple a été complètement inopérant.

Les frottis des mucosités vulvaires (laboratoire du Docteur Piéchaud) a montré du gonocoque pur.)

On décide une :

Série de vaccin antigono chauffé Institut Pasteur, par la porte d'entrée.

11 novembre. — 1° 1/8 centimètre cube antigono Skene.

Réaction légère mais qui se continue le lendemain, la température n'est redevenue normale que six jours après.

Résultats : les pertes ont diminué.

19 novembre. — 2° 1/4 centimètre cube vaccin antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39° 6; durée 9 heures.

Résultats : *l'écoulement a complètement disparu, la muqueuse est de coloration normale.*

24 novembre. — 3° 1/4 centimètre cube vaccin antigono Skene.

Réaction forte. — Température 40° 3; durée 9 heures.

Résultats : la guérison se maintient, on espère les piqûres à cause de l'intensité de la réaction.

4 décembre. — Les frottis sont encore positifs.

4° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction. — Température 40° 6; durée 10 heures.

Résultats : la guérison se maintient.

8 décembre. — 5° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction. — Température 39° 9; durée 8 heures.

Résultats : sans changement.

11 décembre. — 6° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction. — Température 39° 2; durée 8 heures.

Résultats sans changement.

15 décembre. — 7° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne.

Résultats : sans changement.

26 décembre. — Depuis quelques jours, après l'épreuve du

lever, les écoulements ont repris très minimes. La vulve est redevenue un peu rouge.

8° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction nulle.

Résultats : l'écoulement a diminué, la vulve est moins rouge.

29 décembre. — 9° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction. — Température 38°; durée 4 heures.

Résultats : amélioration très nette, plus de rougeurs, l'écoulement a presque disparu.

2 janvier. — 10° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne. — Température 38° 4.

Résultats : la guérison se maintient; l'écoulement a complètement disparu.

5 janvier. — 11° 1 centimètre cube 1/2 antigono Skene.

Réaction légère.

Résultats : sans changements.

Les frottis ont été négatifs (laboratoire du Professeur Mauriac).

Conclusion : guérison clinique et bactériologique chez une petite fille d'une vulvo-vaginite gonococcique ayant résisté au traitement médical.

L'action a été surtout nette et complète sur l'écoulement purulent et la rougeur de la muqueuse dès la deuxième piqure (huitième jour).

Durée totale : 50 jours (11 piqures).

OBSERVATION N° 30.

(Service de M. le Professeur CRUCHET.)

Diagnostic : *Vulvo-vaginite aiguë avec bartholinite et infiltration inflammatoire de toute la grande lèvre gauche.*

Résultats : Guérison clinique.

M... Raymonde, 3 ans. — La malade est entrée dans le service pour écoulements vulvaires purulents, avec rougeurs et douleurs.

Traitée pendant 22 jours par des nettoyages au permanganate et des *injections sous-cutanées de vaccin néo-Dmégon* tous les jours, la malade ne présente aucune amélioration, au contraire, puisqu'une bartholinite gauche avec infiltration diffuse de la grande lèvre du même côté s'est installée depuis quatre jours

On décide :

Série de vaccin antigonococcique chauffé Institut Pasteur, par la porte d'entrée.

14 novembre. — 1° 1/8 centimètre cube antigono à gauche dans la grande lèvre.

Réaction légère.

Résultat : diminution nette du volume des lésions et de la rougeur. Les pansements et le nettoyage sont nettement moins douloureux. L'écoulement ne s'est pas amélioré de façon appréciable, mais l'enfant se remue beaucoup mieux dans son lit, semble moins gênée dans ses mouvements. Elle peut marcher sans souffrir, ce qui lui était impossible auparavant.

17 novembre. — 2° 1/4 centimètre cube antigono dans la grande lèvre.

Réaction faible. — Température 37° 8.

Résultats : sans changement.

19 novembre. — 3° 1/4 centimètre cube antigono dans la grande lèvre.

Réaction faible.

Résultats : la grande lèvre est à peine plus œdématisée et plus colorée que celle du côté opposé. La rougeur a disparu. Il persiste simplement une légère couleur brune. *L'écoulement a disparu.*

21 novembre. — 4° 1/2 centimètre cube antigono dans la grande lèvre.

Réaction faible.

Résultats : l'amélioration se confirme.

24 novembre. — 5° 1/2 centimètre cube antigono dans la grande lèvre.

Réaction faible.

Résultats : l'amélioration se confirme très nettement. L'enfant ne se retient plus pour aller à selle, contrairement à ce

qui se produisait auparavant, à cause de la douleur. L'écoulement reste disparu.

27 novembre. — 6° 1 centimètre cube (1/4 autour de l'urètre, 3/4 dans la grande lèvre).

Réaction faible.

Résultats : la vulve est complètement sèche et de couleur normale. La grande lèvre gauche est à peine plus augmentée de volume que celle du côté opposé.

8 décembre. — La guérison s'est maintenue.

15 décembre. — *Dito*.

Conclusion. — Guérison clinique d'une vulvo-vaginite avec bartholinite aiguë datant de 25 jours, ayant résisté au traitement médical et à la vaccinothérapie sous-cutanée (néodmégon).

L'action a surtout été nette sur les phénomènes inflammatoires et la douleur dès la première piqûre.

La guérison complète cliniquement appréciable s'est produite dès la cinquième piqûre (dixième jour).

Durée totale : 13 jours (6 piqûres).

OBSERVATION N° 31.

(Service de la Salubrité, Professeur JOULIA.)

Diagnostic : *Vulvo-vaginite gonococcique avec urétrite*.

Résultat : Amélioration.

L... Odette, 19 ans. — Entre le 15 novembre pour douleurs en urinant et pertes verdâtres.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à un an environ; alors qu'autrefois la malade n'avait que quelques pertes sans caractère, ces dernières augmentent d'importance et deviennent verdâtres au point de nécessiter un traitement approprié (injections au permanganate), mais l'état reste à peu près stationnaire, jusqu'à l'époque actuelle où la malade commence à souffrir en urinant (brûlures intenses à la miction).

Depuis son entrée à l'hôpital, du 15 novembre au 13 décembre, la malade est traitée par des injections. Les pertes dis-

paraissent, mais la vulve et le méat restent très rouges et très douloureux. Les brûlures à la miction persistent.

Examen. — Le toucher vaginal est impossible à cause de la douleur.

La palpation abdominale ne montre pas de points annexiels douloureux. Les urines sont légèrement sanglantes.

En résumé : vulvo-vaginite subaiguë gonococcique, car l'examen des mucosités urétrales et vaginales montre la présence de gonocoque avec quelques microbes associés. (Laboratoire hôpital Boursier.)

On décide une :

Série de vaccin antigono chauffé Institut Pasteur, par la porte d'entrée.

3 décembre. — 1° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 40° 4; pouls 136; durée 13 heures.

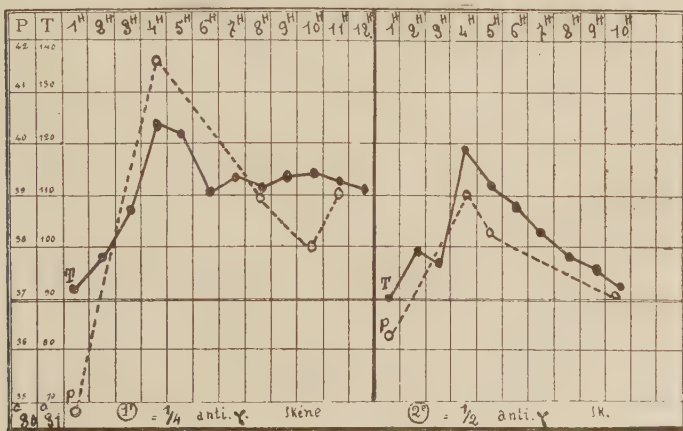
Résultats : pas d'amélioration appréciable, sauf les urines qui ne sont plus sanglantes.

15 décembre. — 2° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39° 8; pouls 110; durée 10 heures.

Résultats : les brûlures à la miction ont disparu, la vulve et l'urètre sont très améliorés, moins rouges, presque indolores. Le toucher vaginal devient possible, il montre :

Un col normal, des culs-de-sac souples, un corps utérin mobile et indolore.



18 décembre. — 3° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

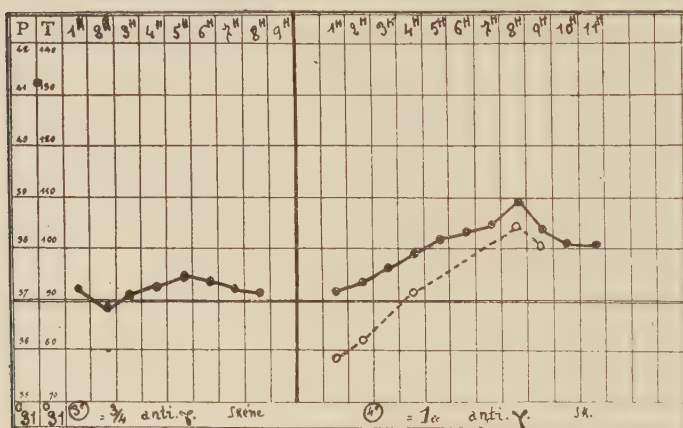
Réaction faible. — Température 37° 5; pouls 64; durée 3 heures.

Résultats : les mictions sont normales, les pertes restent disparues, la malade ne souffre plus, même pendant les injections vaginales.

22 décembre. — 4° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne. — Température 38° 9; pouls 104; durée 13 heures.

Résultats : la guérison se maintient, les frottis restent positifs.



27 décembre. — 5° 1 centimètre cube antigono Skene sous la muqueuse vaginale à droite et à gauche.

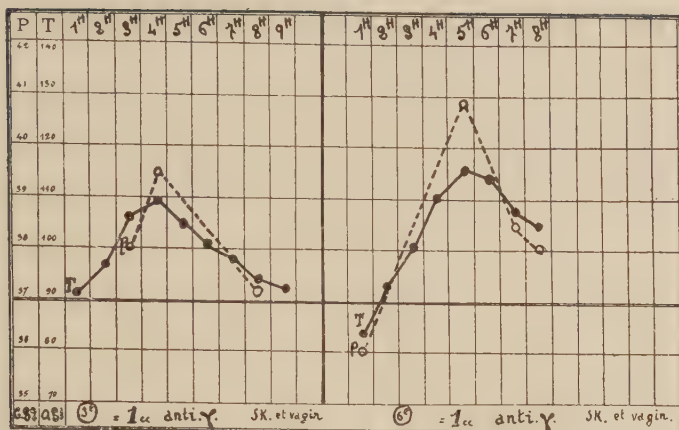
Réaction moyenne. — Température 38° 8; pouls 112; durée 10 heures.

Résultats : les brûlures à la miction reparaissent en partie.

30 décembre. — 6° 1 centimètre cube antigono Skene sous la muqueuse vaginale.

Résultats : la vulve reste un peu rouge avec un léger écoulement.

On est obligé de suspendre le traitement, car la malade a été trouvée spécifique et un traitement approprié vient d'être institué.



Conclusion. — Amélioration très importante d'une vulvo-vaginite gonococcique datant de un an et-ayant résisté au traitement médical.

L'action a été extrêmement nette sur les brûlures à la miction et sur les douleurs vulvo-vaginales (toucher rendu possible) dès la deuxième piqûre.

Le résultat définitif a été incomplet, le traitement ayant dû être suspendu précocement.

Durée totale : 17 jours (6 piqûres).

OBSERVATION N° 32.

(Service de la Salubrité, Professeur JOULIA.)

Diagnostic : Vulvo-vaginite aiguë avec métrite du col, cliniquement gonococcique.

Résultats : Amélioration.

D... Victoria, 18 ans. — Entre pour pertes verdâtres et sensation de brûlures au niveau de la vulve.

La malade présentait des pertes depuis longtemps, mais ne souffre beaucoup que depuis quelques jours.

A l'examen, la palpation abdominale ne montre aucun point douloureux annexiel.

Douleur intense à l'examen de la vulve et au toucher vaginal qui est presque impossible.

Le vagin est très rouge, le col légèrement enflammé, les *pertes* très abondantes et *verdâtres*. Le toucher ne montre aucune lésion importante profonde de l'utérus et des annexes.

En résumé : vulvo-vaginite aiguë, cliniquement gonococcique.

On décide une série de :

Vaccin antigono chauffé Institut Pasteur, par la porte d'entrée.

18 janvier. — 1° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction faible. — Température 37° 8; pouls 88; durée 10 heures.

Résultats : la vulve reste rouge, les pertes semblent diminuer. L'examen est bien moins douloureux.

20 janvier. — 2° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne. — Température 38° 2; pouls 92; durée 10 heures.

Résultats : les pertes ont très nettement diminué, la douleur est nulle à l'examen, la vulve est encore un peu rouge.

28 janvier. — 3° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 40° 4; durée 13 heures.

Les pertes ont presque complètement disparu.

La malade refuse la quatrième piqûre. Le traitement est suspendu.

Conclusion. — Amélioration très nette d'une vulvo-vaginite aiguë.

Action particulièrement appréciable sur les pertes dès la deuxième piqûre.

Arthrites gonococciques.

2 cas..... 2 guérisons cliniques.

(Obs. 33, 34) (Cf. Obs. n° 2).

OBSERVATION N° 33.

Service de M. le Professeur GUYOT.)

Diagnostic : *Méthro-annexite subaiguë gonococcique avec arthrite sternoclaviculaire et scapulaire droite.*

Résultats : Guérison clinique.

P... Georgette, 18 ans. — Entre pour douleurs dans le bas-ventre, brûlures à la miction et *arthrite aiguë*.

Histoire de la maladie. — Le 23 septembre 1930, brusquement, la malade ressent au niveau de ses articulation sternoclaviculaire et scapulaire droites et cervicales, une douleur intense qui l'immobilise et l'oblige à s'aliter.

Fièvre importante. Le médecin appelé diagnostique un rhumatisme articulaire aigu et l'envoie à l'hôpital Saint-André.

Malgré un traitement médical par le salicylate de soude, les diurétiques et le repos, il ne se produit aucune amélioration.

La douleur reste extrêmement forte. La malade est figée dans son lit.

L'examen est impossible, car elle ne supporte aucune palpation. Le moindre contact lui arrache des cris de douleur, le poids des couvertures lui est insupportable.

Pendant son séjour à l'hôpital Saint-André, la malade commence à souffrir du bas-ventre, avec pertes verdâtres, brûlures à la miction, qui font porter le diagnostic de gonococcie et justifient le transeat à l'hôpital Boursier.

A l'examen : facies fiévreux, angoissé.

Température à 38° 2, urines troubles, constipation.

Abdomen : *la malade souffre* spontanément du bas-ventre avec *brûlures à la miction*. A la palpation, douleur nette à gauche. La pression médiane provoque une envie intense d'uriner.

Pertes verdâtres abondantes.

Toucher vaginal, très douloureux, vaginisme intense, le col paraît normal, l'utérus un peu gros et très douloureux, sa mobilité est diminuée.

Les points annexiels sont sensibles, surtout à gauche. Pas de masses annexielles perceptibles (l'examen est rendu difficile par la douleur provoquée qui occasionne la contracture de la paroi).

L'urètre, douloureux, laisse sourdre une goutte de pus après expression.

Examen des articulations :

L'articulation sterno-claviculaire droite apparaît très tuméfiée, rouge, œdématisée, la palpation et la mobilisation sont extrêmement douloureuses et presque impossibles, la malade s'y refuse absolument.

La douleur, extrêmement intense, augmente la nuit et empêche la malade de dormir. Elle est légèrement calmée par l'aspirine.

L'articulation scapulo-humérale est, elle aussi, rouge, œdématisée et presque aussi douloureuse. Le bras est immobilisé contre le thorax.

La région cervicale présente des points douloureux très nets au niveau des apophyses épineuses. La tête est immobilisée en rectitude, tout mouvement est impossible.

En résumé : métrite-annexite aiguë gonococcique avec phénomènes vésicaux et polyarthrites aiguës.

L'examen des frottis (laboratoire de M^{lle} Dr Dubreuil, Hôpital Boursier) a montré la présence nette de gonocoque avec microbes associés.

Le traitement médical institué depuis treize jours, est resté sans effet.

On décide une :

Série vaccin antigono chauffé de l'Institut Pasteur, par la porte d'entrée :

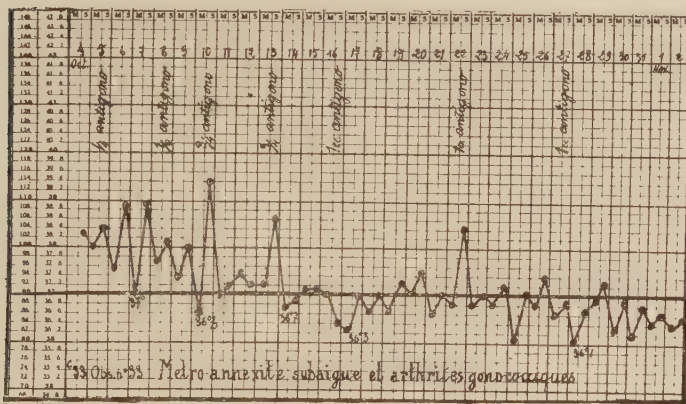
6 octobre. — 1° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39°; pouls 120; durée 7 heures.

Résultats : *amélioration très nette des douleurs*, la malade peut dormir sans calmant, la douleur provoquée persiste intense à la palpation.

La température est descendue à 37° (les jours précédents elle n'était jamais descendue au-dessous de 38°).

Les pertes sont sans changement.



8 octobre. — 2° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne. — Température 38°6; pouls 112; durée 9 heures.

Résultats : l'amélioration s'établit plus complète. *Quelques mouvements de l'épaule deviennent possibles.*

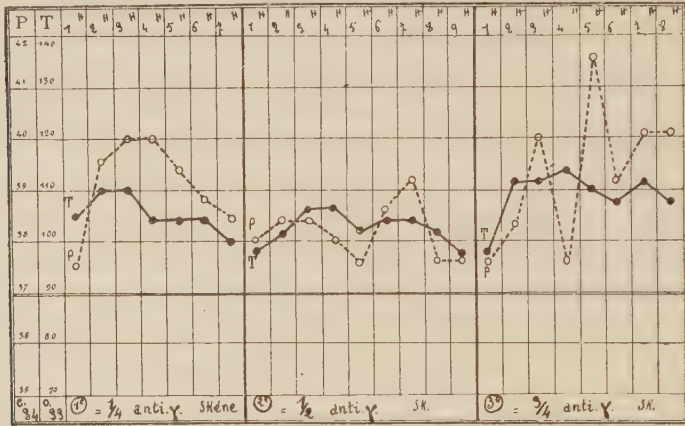
La température descend à 36° 4.

10 octobre. — 3° 3/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39° 4; pouls 136; durée 9 heures.

Résultats : remarquables sur les douleurs articulaires, la

malade peut lever le bras et mettre la main derrière la tête. Les pertes ont diminué.



13 octobre. — 4° 3/4 centimètres cubes antigono Skene. La nuit précédente la malade a recommencé un peu à souffrir.

Réaction forte. — Température 40°; pouls 142; durée 11 heures.

Résultats : l'amélioration se rétablit, la malade dort très bien la nuit. La température, qui avait tendance à remonter, est devenue normale. *Les brûlures à la miction ont disparu.*

16 octobre. — 5° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction. — Température 39°; pouls 128; durée 5 heures.

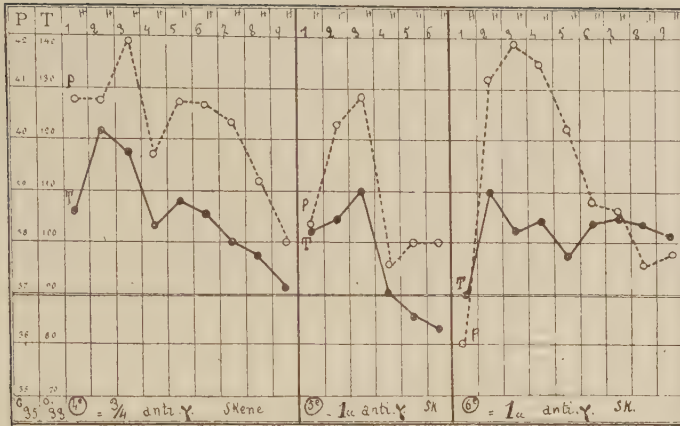
Résultats : la malade se sert normalement de son bras et ne souffre plus de ses articulations.

22 octobre. — 6° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction. — Température 39°; pouls 140; durée 14 heures environ.

Résultats : l'amélioration persiste en tous points.

27 octobre. — Les douleurs ayant tendance à se reproduire, bien que très légères, on continue la vaccinothérapie avec des intervalles plus longs.



27 octobre. — 7° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction légère — Température normale; pouls 112; durée 3 heures.

Résultats : pas appréciables.

4 novembre. — 8° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne.

Résultats : immédiats, la malade ne souffre plus, même à la palpation.

Entre le 5 et le 14 novembre, la malade fait un petit épisode douloureux au niveau de sa cuisse gauche. On soupçonne un début de phlébite et on institue un traitement approprié.

Par ailleurs, l'amélioration persiste, on complète cependant la deuxième série.

12 novembre — 9° 1 centimètre cube antigono Skene.

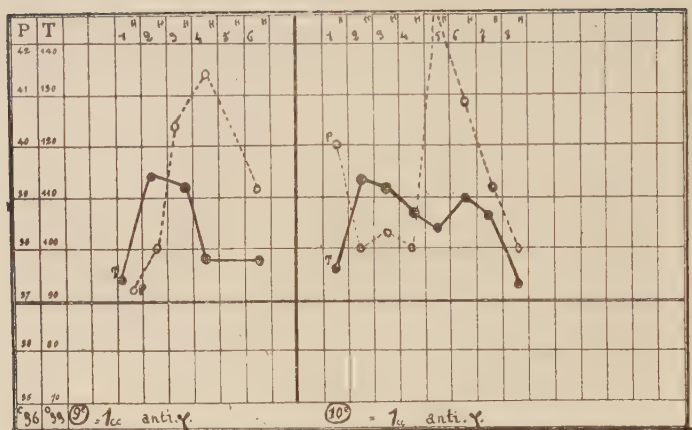
Réaction. — Température 39° 4; pouls 136; durée 8 heures.

Résultats : la guérison se maintient.

17 novembre. — 10° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39° 4; pouls 148; durée 9 heures.

Résultats : dito.



22 novembre. — La malade est mise à l'épreuve du lever qui ne réveille aucune douleur, mais l'examen des frottis reste positif (très rare gonocoque).

La malade sort cliniquement guérie.

Revue à plusieurs reprises par la suite, la guérison s'est maintenue.

Conclusion. — Guérison clinique d'une métro-annexite sub-aiguë gonococcique, avec polyarthrite aiguë de même nature, datant de quinze jours, après échec du traitement médical simple.

L'action a été remarquable sur les douleurs dès la première piqûre.

Durée totale : 42 jours avec un intervalle de 10 jours (10 piqûres, les dernières pour les lésions utéro-annexielles seules).

OBSERVATION N° 34

(Service de M. le Docteur BOUSQUET.)

Diagnostic : Arthrite chronique scapulo-humérale gonococcique avec atrophie musculaire.

Résultats : Guérison clinique des phénomènes articulaires.

G..., Mathilde, 34 ans. — Entre pour douleurs intenses au niveau de l'épaule gauche.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à décembre 1930, par une métrite et cystite gonococciques soignées par le traitement médical simple : injections, diurétiques, santal.

Le 1^{er} janvier, poussée fébrile avec céphalée. Douleur au niveau de l'épaule gauche, qui immobilise la malade et l'empêche de travailler.

Dès ce jour évolue à ce niveau une arthrite aiguë gonococcique absolument typique qui immobilise complètement le bras et provoque une atrophie musculaire intense.

Actuellement, bien que les phénomènes aigus soient terminés depuis longtemps, la malade souffre toujours beaucoup de son articulation qui reste immobilisée et immobilisable.

20 mars. — *Examen* : On est surtout frappé par l'atrophie musculaire de la région scapulo-humérale gauche. Pas de rougeurs, pas d'œdème.

La palpation est extrêmement douloureuse, surtout au niveau de l'interligne articulaire, la mobilisation est presque impossible. La malade est anxieuse et appréhende le moindre mouvement.

Rien à signaler par ailleurs.

Le toucher vaginal ne montre aucune lésion appréciable en évolution. Les pertes ont complètement disparu et la malade ne se plaint plus de son bas-ventre.

Les frottis de mucosités uréthrales et cervicales (laboratoire du Professeur Mauriac), ne montrent aucun germe pathogène.

On décide une série de :

Vaccin antigono chauffé de l'Institut Pasteur, par la porte d'entrée :

21 mars. — 1° 1/4 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne. — Température 37° 4; durée 3 heures;

Résultats : la malade souffre moins de l'épaule. Elle peut dormir sans souffrir en s'appuyant sur elle, ce qu'elle ne pouvait faire depuis deux mois.

23 mars. — 2° 1/2 centimètre cube antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39° 8; durée 12 heures.

Résultats : l'amélioration persiste, les mouvements passifs sont moins douloureux.

25 mars. — 3° 3/4 centimètres cubes antigono Skene.

Réaction forte. — Température 39° 4; durée 6 heures.

La malade *ne souffre plus de son épaule*, ce qui permet la mobilisation et le massage.

2 avril. — 4° 1 centimètre cube antigono Skene.

Réaction moyenne.

Résultats : la guérison se confirme. Les massages sont continués sans accident. Les injections sont suspendues a cause des règles. La malade n'est plus traitée par la suite.

Revue un mois après, la guérison s'est confirmée. La mobilisation et le massage absolument indolores ont permis à la malade de récupérer quelques mouvements et de se servir presque normalement de son bras.

Conclusion. — Guérison clinique d'une arthrite chronique gonococcique, datant de six mois, et qui avait résisté complètement au traitement médical simple.

L'action a été surtout nette et complète sur les douleurs dès la troisième piqûre (4^e jour).

Durée totale : 12 jours. (4 piqûres).

CHAPITRE IV

DISCUSSION DE LA MÉTHODE

1° Remarques d'ordre pratique.

I. — SUR LES RÉSULTATS.

A) Statistique.

B) Indications.

Action sur les Syndromes.

Action sur les Symptômes.

II. — SUR LA TECHNIQUE.

2° Remarques d'ordre théorique.

Discussion du principe de la « Porte d'entrée ».

DISCUSSION DE LA MÉTHODE.

Au cours du traitement des malades dont les observations précèdent, nous avons étudié avec soin les réactions produites et les résultats obtenus.

Nous avons noté, chemin faisant, toute une série de remarques d'ordre *pratique et théorique* que nous allons maintenant exposer.

1° REMARQUES D'ORDRE PRATIQUE :

Ces remarques porteront d'abord sur les résultats que nous avons pu constater, puis sur la technique même de la méthode.

I. — Résultats.

A) *Statistiques et pourcentages :*

Bien que nous ayons suivi aussi fidèlement que possible les indications et la technique décrites par les auteurs, le pourcentage des guérisons cliniques nous paraît notablement plus faible que dans la statistique de Poincloux.

En effet, si nous n'enregistrons aucun échec absolument complet, nous constatons :

D'une part, des *améliorations simples*, c'est-à-dire les cas dans lesquels les troubles fonctionnels et les troubles physiques sont amendés d'une façon insuffisante pour permettre le retour à la vie normale : les douleurs persistent en partie, les pertes réapparaissent à la moindre fatigue.

Il est certain que dans ces cas, le traitement médical simple, fait aussi bien à moins de frais, sinon aussi vite.

D'autre part, des *guérisons cliniques* qui groupent tous les résultats parfaits, très bons ou bons de la statistique de Poincloux, c'est-à-dire tous les malades complètement soulagés au point de vue fonctionnel, et qui ne conservent au point de vue physique que des lésions minimales. Ces séquelles, en effet, si elles doivent en partie faire réserver

le pronostic, doivent être considérées en clinique comme des guérisons véritables.

Le contrôle bactériologique, d'ailleurs d'importance secondaire la plupart du temps, pratiqué aussi souvent qu'il nous a été possible, *ne nous a confirmé que très rarement* la guérison clinique.

Notre statistique se présente ainsi :

	Guérisons	Améliorations
Méto-annexites aiguës ou subaiguës récentes (4 cas)	4	0
Poussées de méto - annexites aiguës ou subaiguës au cours d'une évolution chronique (six cas)	1	5
Méto-annexites chroniques (dix-sept cas)	10	7
Vulvo-vaginites, enfants (3 cas).	3	0
— adultes (2 cas).	0	2
Arthrites gonococciques (2 cas).	2	0

Ces résultats, comparés à ceux de Poincloux, paraissent très nettement inférieurs. En effet, alors que la moyenne de ses guérisons cliniques est d'environ 83 %, la nôtre ne dépasse pas 58 %.

De plus, nos cas traités sont trop récents (les plus anciens remontent à peine au mois d'août dernier) pour que nous puissions les croire définitifs. Il est probable que des récives abaisseront encore cette proportion.

B) *Précision des indications selon les résultats obtenus.*

L'examen attentif de ces observations, en nous montrant dans le détail les résultats cliniques dont la gamme varie à l'infini depuis l'amélioration simple jusqu'à la guérison complète, nous a permis de mieux préciser pour nous-mêmes les indications, en mettant en évidence les affec-

tions et les symptômes qui ont le mieux obéi à cette thérapeutique.

A) *Action sur les syndromes :*

Ces affections sont représentées en grande partie et à un point de vue très général par des syndromes aigus, récents, monomicrobiens. Examinons-les en détail :

Infections utéro-annexielles aiguës ou subaiguës (10 cas)

Pour les infections aiguës utéro-annexielles, nos résultats ne concordent pas exactement avec ceux de P. Poincloux. Pour notre part, nous les divisons très nettement en deux catégories :

- 1° Les métro-annexites aiguës ou subaiguës *avec prédominance des signes fonctionnels* : fièvre, douleurs, pertes vaginales.

Les signes physiques ne sont représentés que par un empâtement du petit bassin sans grosse masse annexielle bien individualisée. Elles correspondent en général à des infections aiguës *primitives ou très récentes*. (Observations n^{os} 1, 2, 3 et 4.)

Dans ces cas, la vaccinothérapie, après l'épreuve du traitement médical simple bien entendu, agit très rapidement, non seulement sur les signes fonctionnels, mais aussi, quoique plus lentement, sur les signes physiques (minimum : 6 injections, 15 à 20 jours).

Nous n'avons jamais remarqué cependant une fonte quasi-vertigineuse des lésions, comme le rapporte P. Poincloux dans ses communications sur les salpingites.⁽¹⁾

- 2° Les métro-annexites aiguës ou subaiguës *avec prédominance des signes physiques* : masses annexielles volumineuses avec blocage du petit bassin.

Ces formes se présentent presque toujours sous l'aspect de *poussées aiguës au cours d'une évolution chronique*.

(1) POINCLOUX. — *Presse médicale*, 17 juillet 1929.

BASSET et POINCLOUX. — *Presse médicale*, 22 mars 1930, etc.

Ici, sauf exception (observation n° 8), la vaccinothérapie agit beaucoup moins. Son action minime sur les lésions physiques qu'elle libère et mobilise en partie est aussi moins radicale sur les signes fonctionnels qu'elles conditionnent le plus souvent.

En effet, ces signes fonctionnels ne disparaissent jamais complètement, comme dans les formes précédentes.

Dans les formes suppurées, les auteurs recommandent de tenter la vaccinothérapie après la ponction du douglas et l'évacuation du pus. Sans compter que cette ponction n'est pas toujours possible (masse trop latérale ou trop haut située, diagnostic incertain) nous ne pensons pas qu'en pratique la vaccinothérapie puisse venir à bout de lésions aussi importantes, surtout dans les cas anciens.

Elle ne donne qu'une amélioration partielle (Observation n° 6).

Le plus souvent, elle prépare le terrain à l'intervention et atténue la virulence des microbes. C'est le cas de nos observations 5, 7 et 9.

Pour être justes, nous devons noter cependant un résultat remarquable obtenu pour métro-annexite aiguë avec pyo-salpinx gauche ouvert dans le rectum (Observation n° 1).

Bien que nous ayons eu affaire dans ce cas à une *affection récente* (3 semaines), les lésions physiques étaient énormes. Les masses annexielles étaient perceptibles sous la peau de l'abdomen et nettement délimitées par le palper bi-manuel.

La température évoluait entre 38° et 39°. D'autre part, fait capital :

Le traitement médical simple consciencieusement suivi chez la malade pendant 18 jours, n'avait amené aucune amélioration appréciable;

A l'Hôpital, malgré l'ouverture de sa collection gauche dans le rectum, le traitement médical maintenu et trois

injections sous-cutanées de propidon, l'état restait stationnaire.

Dès la première piqûre de vaccin par la porte d'entrée, la température tombe à 37° et la douleur diminue. L'amélioration est complète dès la deuxième piqûre. Les lésions physiques nettement influencées, n'ont été cliniquement guéries à gauche comme à droite qu'après la sixième piqûre (20^e jour). La malade a pu partir sans être opérée.

Cette observation nous montre donc l'efficacité manifeste de la méthode de Poincloux, même dans les *formes suppurées après l'évacuation* de la collection annexielle ou péritonéale, qui, chez notre malade, s'était produite spontanément dans le rectum. Il est vrai qu'il s'agissait d'un cas récent.

Nous pensons donc qu'il existe là un moyen très précieux d'améliorer le pronostic de ces formes, ou la colpotomie et la ponction sont indiquées.

L'intervalle qui sépare ces petites interventions préliminaires de l'opération radicale est suffisant pour mettre ces malades à l'épreuve de la vaccinothérapie. On aura quelquefois la surprise de voir disparaître complètement les lésions, et la guérison clinique survenir.

En cas d'échec, le vaccin aura au moins le mérite de préparer la malade à l'opération.

Cette méthode a été d'ailleurs recommandée par un grand nombre d'auteurs (vaccins pré-opératoires).

A l'appui de cette opinion, nous apportons six observations de malades opérées après vaccination. Dans un premier groupe, les lésions ont été tellement minimales qu'une opération conservatrice a été suffisante (Observations 15, 19, 31).

Dans l'autre, malgré les difficultés très réelles rencontrées et l'importance des manipulations opératoires, les suites ont été remarquablement simples (Observations 13, 7, 8).

Infections utéro-annexielles chroniques :

Quant aux métro-annexites chroniques, les 17 cas que nous avons traités donent une proportion de guérisons supérieure (10 guérisons pour 7) à celle de la dernière catégorie comprenant les poussées aiguës au cours d'une évolution chronique (1 guérison pour 5 améliorations).

Cela peut paraître anormal, étant donné qu'il s'agissait dans ces réchauffements, de phénomènes aigus, mais, à bien réfléchir, et malgré le principe énoncé au début, ces poussées marquent surtout une aggravation et une progression des lésions déjà manifestes.

Or, de tous les éléments du syndrome aigu, ce sont les troubles fonctionnels qui obéissent le mieux à la vaccination. Cette action prédominante sur les troubles fonctionnels constitue, à notre avis, le fait capital de la vaccinothérapie.

Lorsque nous parlons de phénomènes aigus au cours d'une évolution chronique, il s'agit :

1° D'un ensemble de signes fonctionnels (douleurs, fièvre et pertes) évidemment grave, mais qui passe au second plan;

2° D'une *augmentation physique* des lésions, augmentation qui est le fait capital et qui constitue le pronostic de cette affection.

Donc, rien d'étonnant que ces poussées aiguës, manifestations cliniques de lésions physiques en évolution, soient peu influencées par le vaccin : c'est qu'en effet, ces lésions persistent importantes et empêchent les signes fonctionnels, en partie sous leur dépendance, de disparaître complètement.

Les annexites, purement chroniques au contraire, sont souvent caractérisées par un syndrome, surtout douloureux, sans lésions physiques importantes.

Combien de fois avons-nous vu dans les services, opérer

ces « demi-infirmes du bas-ventre », non pas tant pour leurs lésions annexielles souvent peu importantes, que pour les signes fonctionnels qu'elles accusent, et qui paraissent hors de proportion avec les causes physiques cliniquement appréciables.

Cela est si vrai que les indications opératoires sont tirées beaucoup moins du syndrome clinique observé relativement bénin par lui-même, que du seul rang social de la malade qui ne peut attendre pendant de longs mois une guérison spontanée que seules peuvent espérer les malades des classes plus aisées.

On opère ces malades parce qu'elles souffrent. Ce sont surtout des « fonctionnelles ». La vaccination a plus de prise sur elles, notre statistique le montre. Il est intéressant de noter que ces constatations ne partent pas d'idées préconçues mais découlent simplement de l'observation des résultats obtenus, classés selon les affections traitées. C'est alors seulement que nous avons essayé d'en donner une explication plausible. Dans ce cas particulier, la vaccinothérapie est peut-être appelée à remplacer, quelquefois, ou à précéder les interventions préconisées de nos jours et qui forment ce qu'on appelle la chirurgie de la douleur; ces interventions ne seraient, dès lors, indiquées qu'après un traitement d'épreuve par les vaccins.

Vulvo-vaginites

1° Chez les enfants (Observations 28, 29, 30)

Ces affections, essentiellement difficiles à traiter, ont une tendance désespérante à la chronicité.

La guérison bactériologique complète a été longue (34 jours-55 jours), mais cliniquement, l'écoulement a disparu et la muqueuse est devenue normale très rapidement :

- en 6 jours (3 injections), observation 28.
- en 8 jours (2 injections) observation 29.
- en 10 jours (5 injections), observation 30.

A noter que dans ce dernier cas, *la petite malade avait déjà été traitée pendant 25 jours par le traitement médical ordinaire et des injections sous-cutanées de néo-dmégon*. Non seulement aucune amélioration ne s'était produite, mais encore, dans les quatre derniers jours, s'était installée une bartholinite aiguë avec infiltration diffuse de la grande lèvre gauche; ces lésions ont disparu sous le traitement sans intervention chirurgicale.

2° Chez les adultes :

Nous ne pouvons noter que deux améliorations.

Arthrites gonococciques :

Deux cas, deux guérisons cliniques.

Dans la première : (Observation n° 33) il s'agissait d'une arthrite sterno-claviculaire et scapulo-humérale droite; la malade était traitée médicalement depuis 15 jours, sans résultats.

Absolument figée dans son lit, elle était incapable de faire le moindre mouvement sans souffrir atrocement. Elle présentait des signes d'arthrite aiguë avec rougeur et empâtement surtout au niveau de l'articulation sterno-claviculaire; la température était à 38° 2-38° 4.

Dès la première injection, *la douleur se calme* en grande partie et la température descend pour la première fois à 37°. La malade peut dormir sans calmant et se sent très soulagée.

Dès la deuxième injection, les mouvements deviennent possibles et la température descend à 36° 4. Enfin, dès la troisième, la douleur a complètement disparu, la malade peut mettre la main derrière la tête. La température est devenue définitivement normale après la quatrième injection (8^e jour); la guérison s'est affirmée par la suite.

Dans la deuxième observation (N° 34) il s'agissait d'une arthrite gonococcique avec atrophie musculaire datant

de 3 mois. La douleur était intense et empêchait toute mobilisation. Atténuée dès la première injection, la douleur a complètement disparu après la troisième (5^e jour). Les massages ont été commencés aussitôt.

La malade, revue par la suite, est restée guérie de sa douleur sans que, bien entendu, l'atrophie musculaire ait été améliorée dans les mêmes proportions.

B) *Action sur les signes :*

La méthode de Poincloux, d'autre part, nous a paru agir avec une telle netteté sur certains symptômes que nous avons cru utile d'insister sur ce point particulier en indiquant, dans le détail les résultats obtenus d'abord sur *les signes fonctionnels :*

Sur la température :

Ce qui frappe le plus, tout d'abord, c'est l'action constante sur la température (observations 1, 2, 3, 7, 8, 25). Chaque fois qu'elle existe, celle-ci est nettement influencée. Assez souvent elle tombe à la normale après la première injection.

Si elle remonte parfois par la suite, elle ne résiste jamais, pour ainsi dire, à la troisième ou à la quatrième piqûre.

Faut-il expliquer ces résultats par l'action directe du vaccin sur la virulence et les effets nocifs des microbes, ou plutôt par les phénomènes de choc qui accompagnent probablement toujours les réactions vaccinales ?

On a voulu, trop souvent, comprendre sous le terme de choc, des éléments et des phénomènes biologiques divers qui, très certainement, ne relèvent pas de la même origine.

Dès que les biologistes voulurent préciser les caractéristiques de ce phénomène, ils se heurtèrent à de grosses difficultés tenant d'abord au polymorphisme et à la variété extraordinaire des phénomènes rangés sous l'épi-

thète de « choc », mais surtout à la déficience et au manque de netteté des tests cliniques et biologiques que les auteurs proposaient à ce sujet.

Certains, cependant, essayèrent de systématiser cet ensemble confus, d'élaguer les éléments par trop inconsistants et de préciser ceux qui, résistant à la critique, paraissaient les plus nets.

C'est ainsi que l'on peut énumérer les troubles qui sont le critérium expérimental des états de choc : « en dehors
« de la symptomatologie... dont les phases successives ap-
« paraissent vite et disparaissent rapidement, en dehors
« des lésions anatomo-pathologiques... le sang présente un
« ensemble de modifications qu'il ne faut pas perdre de
« vue :

« Diminution de la pression sanguine (Richet), la leu-
« copénie et le retard constant de la coagulation sanguine
« établis par Bield et Krauss; *baisse de la température*
« (Pfeiffer); la plaquettopénie (Achard, Pratt); l'augmen-
« tation de la lymphe et son incoagulabilité (Calvary);
« l'augmentation finale de l'indice refracto-métrique et
« l'abaissement du point de congélation (Segale), aux-
« quels on peut ajouter les modifications physiques du
« milieu humoral » ⁽¹⁾ étudiées par Kopaczewski, et la fragilité leucocytaire avec agglutination des leucocytes (Mauriac et Moreau).

De cet ensemble, impressionnant peut-être pour des esprits profanes, ne retenons bien simplement qu'une chose :

Les phénomènes de choc provoquent de l'hypothermie;

C'est là que nous voulions en venir. Il est fort possible que dans la méthode de Poincloux, l'action élective sur la température tienne surtout à ce mécanisme, et ceci présente un intérêt pratique :

En effet, les phénomènes de choc peuvent être provo-

(1) KOPACZEWSKI. — Pharmacodynamie des colloïdes. (Tome I, page 142).

qués par d'autres substances que les vaccins. Toute albumine hétérogène, par exemple, peut en provoquer de semblables, et l'on voit tout de suite l'importance d'une pareille proposition si elle s'avérait absolument exacte : la protéinothérapie s'appliquant à toutes les infections. Malheureusement cela n'est pas. L'expérience paraît montrer en effet qu'à une spécificité microbienne correspond une spécificité de choc.

Cette spécificité n'est pas simple.

A côté d'une spécificité biologique composée de tous les attributs du microbe en tant qu'être vivant, on admet que chaque agent pathogène modifie, à sa manière, la composition du milieu ambiant (spécificité chimique), et possède, d'autre part, des propriétés particulières tenant à la densité, à la tension superficielle, à la viscosité, à la conductibilité électrique des milieux qui le contiennent. (Spécificité physique.)

L'étude approfondie de ces problèmes a même conduit certains auteurs aux conclusions suivantes :

« Il est probable que la vaccination *préventive* est non « seulement physiquement, mais aussi, et avant tout, *biologiquement spécifique*, tandis que l'action *curatrice* des « vaccins semble être spécifique seulement dans le sens « *chimique et physique du terme*. » (1)

Or, il est reconnu que dans un vaccin, ce sont ces propriétés physico-chimiques qui provoquent le choc. Toute substance injectable possède donc, vis-à-vis de l'organisme auquel on la destine, une spécificité physico-chimique à laquelle correspond un choc spécifique bien préférable au choc « omnibus », provoqué par une albumine quelconque.

C'est dans ce sens que les vaccins curatifs s'imposent à notre thérapeutique.

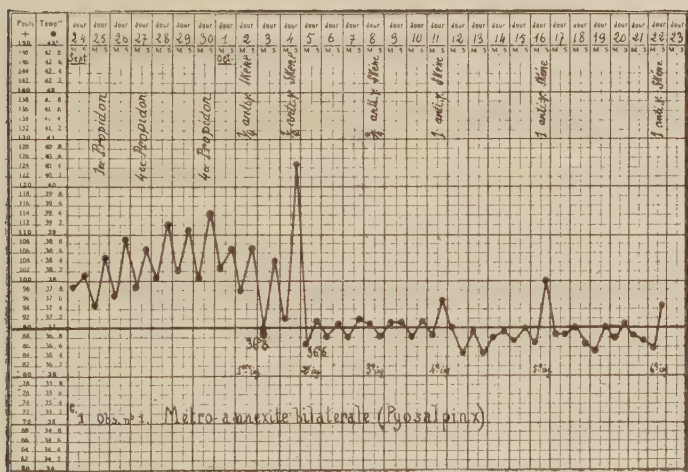
(1) V. KOPACZEWSKI, — (*Loc. cit.*, Tome II, page 61).

Ils forment un chapitre particulier de la colloïdothérapie : « La colloïdothérapie spécifique ».

Quoi qu'il en soit, la température obéit en général très rapidement à la vaccination. Les courbes suivantes en font foi. (Observations 1, 2, 3, 7, 8, 25.)

La première appartient à l'observation I dont nous avons déjà parlé.

L'action paraît d'autant plus nette que la température, comme les autres signes, avaient résisté au traitement médical simple, y compris le vaccin sous-cutané (propidon). La courbe descend à la normale dès la deuxième piqûre.



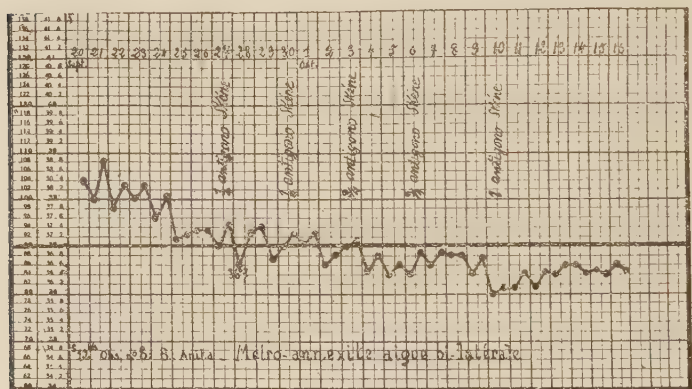
Dans l'observation n° 3, la malade, comme il arrive souvent, vient de faire une poussée fébrile au moment de ses règles. Malgré la reprise de la glace, la fièvre et les douleurs persistent.

Dès la première piqûre, la température devient normale. L'épisode fébrile qui se produit six jours après, est dû à un abcès dentaire et disparaît avec lui.

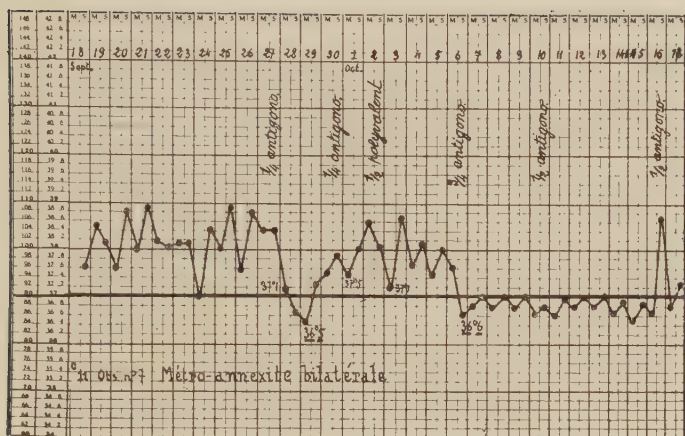


Dans l'observation 25, la température passe au-dessous de 37° et s'y maintient dès la première injection.

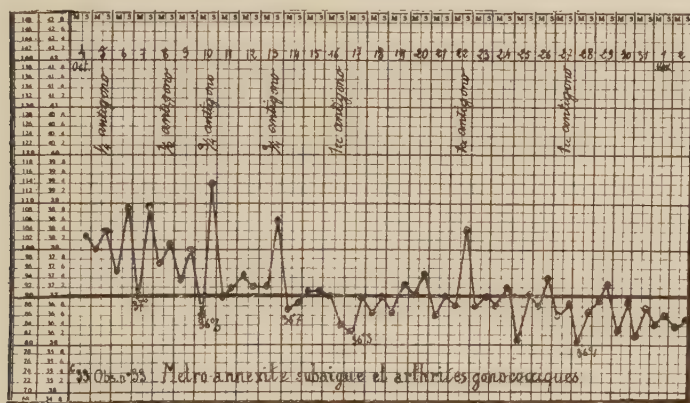
Dans l'observation 8, l'action est moins nette. Elle s'accuse cependant par une chute au-dessous de 37° dès la première injection et le retour définitif à la normale après la seconde.



Dans l'observation 7, la chute caractéristique ébauchée après la première injection met sept jours (4 piqûres) pour se confirmer.



Dans l'observation 2, l'allure générale est toute aussi intéressante à noter. Abstraction faite des réactions vaccinales, la température baisse peu à peu jusqu'à la normale en huit jours (4 piqûres).



Sur les douleurs :

L'action sur la douleur a pu être mieux étudiée; ce symptôme, en effet, est beaucoup plus fréquent que la température.

Sur 33 malades, 15 ont été soulagées dès la première

piqûre. (Observations 2, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 20, 22, 24, 9 *bis*, 31, 26, 30, 34.)

Dont 3 définitivement. (Observations 10, 20, 30.)

La guérison *complète* s'est produite plus tard :

Dès la deuxième, dans un cas (observation 26);

Dès la troisième, dans deux cas (observations 24-34);

Après la quatrième, dans un cas (observation 2);

Après la sixième, dans deux cas (observations 7-13).

Pour les autres, l'amélioration ne s'est produite que :

Après la deuxième, dans quatre cas (obs. 1, 16, 25, 27);

Après la troisième, dans cinq cas (obs. 4, 9, 12, 18, 23);

Après la quatrième, dans deux cas (obs. 17, 19);

Après la cinquième, dans un cas (obs. 15).

L'impression générale que nous avons gardée correspond bien à ces résultats. Mieux que la température, les malades accusent plus nettement l'amélioration du signe : douleur. Cela est si vrai que beaucoup d'entre elles, malgré la réaction vaccinale très pénible, réclament la continuation du traitement.

D'autre part, comme on l'observe communément en clinique, au cours du traitement médical simple, la douleur spontanée disparaît toujours la première et très rapidement; tandis que la *douleur provoquée*, soit par la palpation abdominale, soit par le toucher vaginal, est plus longue à s'améliorer.

Elle persiste malheureusement quelquefois même après plusieurs séries de vaccins, comme cela s'est produit souvent dans nos améliorations.

Action sur les brûlures à la miction :

Très fréquentes à l'origine et au cours de l'évolution des affections de l'arbre génital, ce symptôme est celui qui

obéit le mieux, le plus vite, et de la façon la plus définitive à la vaccination.

Chez 17 de nos malades où nous l'avions noté, il fut presque toujours influencé dès la première piqûre, après laquelle il disparut définitivement 7 fois. (Observations 3, 4, 7, 8, 22, 27, 9 bis.)

Après la deuxième, dans quatre cas (obs. 16, 17, 20, 31);

Après la troisième, dans trois cas (obs. 18, 19, 24);

Après la quatrième, dans un cas (obs. 2);

Après la sixième, dans un cas (obs. 5).

Dans un cas seulement, il n'y eut qu'une amélioration partielle, complétée par l'uroformine en cachets (Obs. 6.).

Le syndrome urinaire qui l'accompagnait s'améliora aussi très rapidement, et l'examen cyto-bactériologique devint négatif.

Action sur les pertes :

La résistance bien connue de ce syndrome au traitement médical fait de la vaccinothérapie une arme très utile, car elle agit souvent de façon très satisfaisante. Elle est cependant moins nette que sur les syndromes précédents.

En effet, étudiée spécialement chez 18 de nos malades, elle n'a disparu définitivement que :

Deux fois après la première piqûre (obs. 8 et 18);

Quatre fois après la deuxième piqûre (obs. 16, 26, 28, 29);

Deux fois après la troisième piqûre (obs. 24, 30);

Une fois après la quatrième piqûre (obs. 19);

Une fois après la cinquième piqûre (obs. 21);

Une fois après la huitième piqûre (obs. 20);

Deux fois après la neuvième piqûre (obs. 15, 22);

Une fois après la douzième piqûre (obs. 23).

Elles sont restées simplement améliorées dans deux cas : (obs. 2, 32). Nous avons eu enfin deux échecs complets : (obs. 11, 25).

Ces résultats, bien que moins rapidement obtenus, sont cependant très intéressants à constater, surtout si l'on pense que, la plupart du temps, le vaccin n'a été employé qu'après l'échec du traitement médical pur.

Action sur la constipation :

Nous terminerons cette revue des symptômes par l'action fréquente de la vaccinothérapie sur le régime intestinal de nos malades, presque toujours constipés.

Quelquefois, après l'emploi des vaccins divers, très nettement après celui du vaccin anti-colibacillaire, les selles deviennent normales et persistent, même si les malades restent au lit. (Obs. 1, 8, 9 *bis*.)

L'observation 9 *bis* est le seul cas où nous ayons trouvé une indication nette de la vaccinothérapie anti-colibacillaire par voie rectale. L'amélioration ne fut que partielle sur les lésions annexielles. Elle porta surtout sur le transit intestinal et la régularité des selles qui, du jour au lendemain redevinrent normales.

Les signes physiques :

La lecture des communications de P. Poincloux donne, à ce sujet, l'impression d'une action très nette et presque mathématique sur la plupart des lésions.

Chez beaucoup de nos malades guéries cliniquement, l'amélioration des lésions métriques et annexielles a toujours été longue à se manifester. Les dernières à disparaître, elles laissent très souvent des séquelles nettement appréciables à l'examen.

Si leur gravité actuelle est minime, il n'en reste pas moins qu'elles persistent souvent, et prédisposent très certainement ces malades à des rechutes ultérieures.

Poincloux, d'ailleurs, s'en est fort bien rendu compte, mais ne les signale que comme des exceptions.

Notre impression est inverse. Si nous reconnaissons à la méthode une action remarquable sur les signes fonctionnels, nous avouons n'avoir pas eu le même succès pour les lésions physiques, même après un traitement assez long.

Le plus souvent, nous avons constaté une amélioration suffisante pour qu'on puisse parler de guérison clinique, mais le temps que demandait cette évolution favorable, comme aussi le repos relatif que réclame la vaccination par la porte d'entrée, suffisaient à l'expliquer en partie.

Autrement dit, cette amélioration n'est pas, *en général*, assez rapide pour que l'on puisse attribuer au vaccin *seul* un rôle *prépondérant dans sa production*.

Six de nos malades ont même conservé de telles lésions que l'intervention a été indiquée. (Obs. 5, 7, 9, 12, 17, 25.)

Parmi les autres, 7 ont été suivies spécialement à ce point de vue. Cinq n'ont présenté de changements vraiment appréciables qu'après une durée de 30 à 60 jours. (Obs. 6, 8, 23, 9 *bis*, 31.)

Le traitement médical aurait probablement fait aussi bien sur ce point.

Une amélioration précoce dans notre observation 6 ne s'est complétée que très tardivement.

Une action vraiment nette n'a paru se manifester que dans deux cas :

Dans l'observation n° 1 où des lésions énormes fondirent en moins d'un mois, et l'observation 26, où la série normale des 6 piqûres (23 jours) vint à bout d'une petite masse annexielle gauche, qui disparut complètement.

Dans tous les autres cas, nous avons constaté au début, de petites masses annexielles douloureuses, pathologiques, non point tant par leur volume que par leur sensibilité, si bien que, la guérison obtenue, on s'apercevait, après un examen attentif, qu'elle portait surtout sur les douleurs qui avaient disparu : l'annexe ne paraissait alors être

devenue normale que parce qu'elle n'était plus douloureuse.

En résumé, si nous n'avons pas obtenu absolument les splendides résultats accusés par les auteurs, nous constatons cependant que la méthode de P. Poincloux est d'une efficacité nettement supérieure à tous les traitements similaires (58 à 60 % de guérisons cliniques à brève échéance); ces indications sont surtout nettes pour les affections aiguës, récentes, mono-microbiennes, même suppurées.

Elles paraissent s'imposer dans les complications articulaires de la gonococcie.

Son action est beaucoup plus intense sur les signes fonctionnels (température, douleurs, brûlures à la miction) que sur les signes physiques.

II. — Sur la Technique.

A. *Rôle du laboratoire* (Identification des germes).

Comme le laissent prévoir les auteurs, la détermination de l'agent microbien s'est presque toujours faite chez nos malades par l'histoire clinique :

D'une part : Infections banales, en général post-partum ou post-abortion (vaccin polyvalent à prédominance strepto ou staphylo);

D'autre part : Infections gonococciques : pertes verdâtres, brûlures à la miction, douleurs dans le bas-ventre (vaccin antigonococcique).

Le laboratoire n'a, en effet, qu'un rôle secondaire; cependant, 17 fois, le gonocoque a pu être découvert :

4 fois à l'état pur, ou à peu près (Obs. 13, 22, 28, 29.);

13 fois associé à des germes divers (Obs. 2, 3, 9 bis, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 26, 27, 31.).

Parmi les 16 autres cas, l'examen n'a pu être fait que

neuf fois. Il a montré une flore variée, polyvalente, sans qu'on puisse y déterminer la prédominance d'aucun germe.

B. Recherche de la porte d'entrée :

En principe, il faut faire préciser par la malade le mode de début et l'évolution de son affection, rechercher les signes urinaires ou génitaux qu'elle a pu présenter; il faut examiner enfin localement l'état des organes : l'urètre, la vulve, le col.

Mais en pratique, et dans la grande généralité des cas, ce sont les glandes de Skène que nous choisissons comme porte d'entrée, au moins au début, parce que :

1° Les signes urinaires sont extrêmement fréquents;

2° Même s'ils ne sont pas le symptôme initial, ils se produisent très souvent au cours de l'évolution et sont la signature d'une infection secondaire en servant de « porte de réintroduction » des microbes.

3° Les autres portes d'entrée (col, utérus, rectum), plus difficilement accessibles, ne peuvent être employées chez des malades fatiguées chez qui toute manipulation doit être réduite au minimum.

Si l'échec est complet et l'amélioration nulle ou peu appréciable après la troisième ou quatrième injection, on emploie alors les autres voies, le plus souvent, la muqueuse du col utérin, quelquefois la muqueuse rectale.

Nous n'avons jamais employé la voie intra-utérine.

C. Conduite générale du traitement :

A ce sujet, nous avons suivi la technique des auteurs. Les meilleurs résultats nous ont paru être obtenus avec les dispositions suivantes :

Gonococcie pure : vaccin antigonococcique;

Gonococcie associée ou flore polyvalente : alternative-

ment vaccin antigono, vaccin polyvalent (Type Im. Gremy, n° 41.).

Nous avons cru devoir employer le vaccin antigonococcique, même dans les infections polyvalentes où le diplocoque de Neisser n'avait pu être mis en évidence. Il peut en effet être en jeu, même si l'on n'a pas pu le découvrir cliniquement et bactériologiquement; mais surtout, l'expérience nous a montré que les réactions provoquées par ce vaccin, donnent dans ces cas, d'excellent résultats.

Nous avons peut-être là une preuve de plus de la spécificité remarquable de cette méthode, dont les réactions seraient assez caractéristiques pour servir au diagnostic bactériologique de lésions dont on n'a pu identifier l'agent causal.

Mais il s'agit peut-être aussi, plus simplement, comme nous l'avons dit plus haut, d'une action par le choc, due à la constitution même de ce vaccin, au même titre qu'une albumine quelconque.

Il nous paraît difficile, sinon impossible, de résoudre ce délicat problème, étant donné que jamais on ne pourra affirmer absolument que le gonocoque n'est pas intervenu dans l'étiologie d'une affection gynécologique quelle qu'elle soit.

Il est, d'autre part, intéressant de remarquer que les *guérisons* que nous avons constatées se sont produites surtout pour des affections *récentes*.

La plupart de ces guérisons, en effet, ont une histoire remontant à quelques jours, ou à quelques mois, rarement plus. Exceptionnellement, des années (5 sur 19).

Parmi les cas *améliorés* au contraire, la majorité appartient aux lésions *anciennes* dont le début remonte à un et même six ans (8 sur 14).

Quant à la durée du traitement, elle ne peut être comparée que pour les cas guéris cliniquement; dans les cas

améliorés, en effet, la durée ne peut être nettement fixée, car elle est théoriquement illimitée.

Dans ces conditions, quatre cas anciens seulement ont été relevés; ils ont demandé 22 à 34 jours de traitement (6 à 9 injections).

Pour les autres, au contraire, 6 à 18 jours ont été suffisants (3 à 6 injections).

D. Réactions :

Chacune des réactions que nous avons obtenues sur nos malades présente les caractères décrits par les auteurs. Nous n'y reviendrons pas. Il est cependant un point sur lequel nos résultats ne concordent pas avec les leurs :

Il s'agit de l'intensité des réactions au cours du traitement, et de la façon dont elles évoluent.

En principe, disent-ils, les trois premières vont en augmentant, jusqu'à la troisième, puis elles deviennent moins fortes et finissent par s'annuler, ou presque, à la sixième.

Dans nos observations, cette évolution des courbes a été l'exception, quelques-unes en rappellent l'allure. (Obs. 5, 16, 21, 24.)

Même dans ces cas, et le plus souvent, ces réactions sont restées assez intenses jusqu'à la dernière; les fortes comme les faibles, quand elles existent, s'entremêlent en général sans ordre apparent.

Un simple coup d'œil sur nos courbes permettra de s'en rendre compte. Nous verrons en même temps que les réactions les plus fortes ont été obtenues presque toujours avec le vaccin antigonococcique. Nous l'avons déjà signalé.

D'autre part, nous avons eu une fois (obs. 12) une série de réactions vraiment spécifiques vis-à-vis du vaccin antigonococcique. Celui-ci a provoqué chaque fois une température et un pouls élevé, tandis que l'Im. polyvalent ne donnait, dans les intervalles, que des réactions très légères ou nulles.

Or, l'examen bactériologique était négatif quant au gonocoque. Dans l'histoire clinique on ne retrouve que quelques pertes verdâtres assez rares d'ailleurs depuis six mois.

Le même problème de la réaction spécifique se repose donc encore. Je ne pense pas qu'ici on puisse plus facilement lui donner une solution.

A l'appui de ce que Poincloux soutient dans ses résultats, nous avons pu constater deux fois (obs. 13 et 30), une guérison avec des réactions vaccinales très légères ou nulles.

Dans notre observation n° 13, il s'agit d'une malade qui a été immédiatement soulagée dès la première piqure, et dont la température s'est maintenue autour de 37°, sauf deux fois à la fin du traitement (38°2).

Ceci est peu en faveur, semble-t-il, d'une théorie d'action curative par le choc.

En réalité, le désaccord n'est qu'apparent, comme nous le verrons plus loin, le choc pouvant très bien se passer d'élévation thermique.

Nous n'avons, d'autre part, jamais observé après plus de 220 piqures faites jusqu'à ce jour, de réactions graves ayant mis la vie du malade en danger.

Quelquefois intenses, surtout chez les enfants (41°), ces réactions n'ont jamais été suivies de troubles quelconques qui aient fait regretter l'usage des vaccins, et contre-indiqué leur emploi. Il est certain, cependant, qu'un examen minutieux du malade, sous tous les rapports, est absolument nécessaire et que la plus grande prudence est recommandée pour les doses « d'attaque » : elles n'ont jamais dépassé chez nous :

Un quart de centimètre cube chez l'adulte;

Un huitième de centimètre cube chez l'enfant.

En résumé, l'emploi de cette méthode nous a permis, *au point de vue technique*, de vérifier presque partout les faits présentés par les auteurs.

Il nous a paru cependant que la spécificité des réactions n'était pas aussi absolue qu'ils le laissaient supposer, et nous sommes encore loin de proposer comme eux le traitement vaccinal d'épreuve pour confirmer un diagnostic étiologique douteux.

Il est en effet assez arbitraire de prétendre :

d'un côté,

que si le vaccin spécifique ne provoque pas de réaction, il faut en chercher la cause dans une erreur d'identification de microbe ou de choix de porte d'entrée;

de l'autre,

que si la réaction se produit alors que l'agent causal est inconnu, la méthode devient un moyen puissant de diagnostic par traitement d'épreuve.

Cette opinion basée sur quelques observations cliniques, généralise trop vite à notre avis, et pose presque à priori un principe de spécificité très utile peut-être pour guider les études ultérieures, mais qui ne nous paraît pas encore assez nettement démontré pour être admis aussi complètement que le demandent les auteurs.

En réalité, nous avons constaté dans certains cas des réactions caractéristiques et dans d'autres, rien de bien net.

S'agit-il d'action spécifique ? S'agit-il de choc ? S'agit-il de porte d'entrée ?

Comme on le voit, le même problème se repose à tout instant au cours de cette étude.

Nous l'envisagerons au point de vue théorique dans les pages qui suivent, mais disons tout de suite que, si la spécificité paraît être prouvée dans certaines observations, on ne peut cependant pas l'appliquer à tous les cas ?

Il nous a paru par exemple bien fréquemment, comme nous l'avons déjà signalé, que le vaccin antigonococcique

provoquait toujours une réaction forte, quelle que soit l'infection envisagée.

Doit-on en conclure que toutes nos malades sont gonococciques? Ne peut-on admettre plutôt comme nous l'avons suggéré, une action particulière à la *constitution du vaccin*, indépendante de sa spécificité biologique et qui serait capable de provoquer dans un organisme donné, quelle que soit l'infection dont il est frappé, des réactions sinon égales, au moins comparables.

Nous allons même plus loin :

Bien que cela n'ait jamais été fait, est-il déraisonnable de supposer qu'une injection de vaccin antigonococcique au niveau des glandes de Skène *sur un sujet sain* puisse provoquer une réaction importante ?

A un autre point de vue, au cours de la vaccination préventive, en particulier de la vaccination antityphique, n'est-il pas commun de voir des réactions intenses chez des sujets cliniquement sains ?

Que devient alors la spécificité presque mathématique de la méthode de Poincloux ?

La vérité, à notre avis, doit être dans une juste mesure :

Il est vrai que ce mode de vaccination donne des résultats remarquables;

Il est vrai que les résultats sont meilleurs avec un vaccin spécifique qui, le plus souvent, donne des résultats intenses,

Mais il est exagéré de généraliser en soutenant que toute réaction positive avec un vaccin donné, suppose, dans l'étiologie de l'affection traitée, la participation de l'agent correspondant.

2° REMARQUES D'ORDRE THEORIQUE :

La méthode de Poincloux, telle qu'elle est exposée par son auteur, soulève un grand nombre de problèmes biologiques, dont la solution, même au moyen d'hypothèses, est absolument nécessaire, non seulement pour comprendre

son mode d'action, mais encore pour guider le clinicien dans l'application pratique.

Dans le cadre de ce modeste travail, je me bornerai à exposer, au sujet du *principe de la porte d'entrée*, les remarques d'ordre théorique que nous a suggéré l'application pratique de cette méthode et l'observation de ses résultats.

Quand on recherche, en effet, la genèse de ce principe, on s'aperçoit qu'il ne repose sur aucune base biologique bien nettement démontrée. Sa découverte, de l'avis même des auteurs a été faite de façon presque empirique, peut-on dire.

Elle est sortie de l'observation des faits et des réactions produites par une vaccination qui voulait être simplement locale selon la méthode de Besredka.⁽¹⁾

D'autre part, Besredka lui-même, s'il indique implicitement, comme nous l'avons montré plus haut, la porte d'entrée comme étant la meilleure voie d'introduction du vaccin, il ne l'appuie que sur une analogie : l'infection naturelle étant celle qui produit la meilleure immunité, il est logique d'employer non seulement les mêmes microbes, mais encore les mêmes voies d'introduction dans cette infection artificielle qu'est la vaccination.

Or, une analogie n'est pas une explication, au moins définitive. En réalité, comme il arrive très souvent en biologie, il n'y a rien là d'absolu, mais simplement : d'un côté, hypothèse après observation (Poincloux), de l'autre, simple déduction logique après étude de phénomènes expérimentaux (Besredka).

Le mécanisme intime de cette vaccinothérapie, si active du fait de son administration par la porte d'entrée, reste donc en grande partie dans l'inconnu.

Il était donc permis de chercher ailleurs :

Dès les premiers cas traités par cette méthode, nous

(1) M. COPELOVICI. — (*Loc. cit.*, page 17).

avons remarqué que chaque piqûre était accompagnée d'un petit écoulement de sang, que les auteurs eux-mêmes ont signalé. Il est en général sans importance, mais remarquablement constant.

C'est qu'en effet, dans la sphère génitale, comme dans les autres appareils, les portes d'entrée indiquées par les auteurs (muqueuse uréthrale, cervicale, rectale, naso-pharyngée) sont remarquablement vascularisées, érectiles même dans certains cas.

L'injection de vaccin n'agit-elle pas tout simplement par le simple fait qu'elle est en réalité intra-veineuse ?

Dans ce cas, cette action serait due évidemment en partie à la spécificité du vaccin, mais aussi au choc.

La lecture des observations nous montre que l'amélioration, quand elle se produit, suit presque toujours une forte réaction.

Ne faut-il pas l'attribuer à cette réaction même ou au choc qui l'accompagne, plutôt qu'à l'administration du vaccin par la porte d'entrée ?

A cela, les auteurs répondent que quelquefois l'amélioration s'est produite sans réaction ou presque : l'intensité de la réaction, le choc par conséquent, n'interviendrait pas au premier chef ; la porte d'entrée et la spécificité du vaccin resteraient les conditions capitales du succès.

Sans compter que ce sont là des faits exceptionnels, il serait bon de préciser les éléments qui, dans cette réaction, que les auteurs assimilent au choc, provoquent l'amélioration.

Ces éléments, disent-ils, ne sont pas du tout représentés par ce tableau clinique si fréquemment observé au cours de la vaccinothérapie, et dont la température est l'un des caractères principaux.

Cela est bien notre avis, mais le choc lui non plus n'est pas fait de cela, nous l'avons déjà vu.

Avant de faire intervenir la spécificité microbienne et la

porte d'entrée, il faut nous demander si dans le choc nous ne trouvons pas les éléments en question.

Il existe, en effet, pour lui, à côté des signes cliniques très variables et difficiles à classer, des critères expérimentaux beaucoup plus sûrs et parmi lesquels la baisse de la température tient une place importante (Pfeiffer).

Un choc, et un choc curateur peut donc se produire sans température. Il est donc fort possible qu'il intervienne ici même dans les cas apyrétiques signalés par les auteurs.

Une autre série de faits est intéressante à envisager, la porte d'entrée est un facteur tellement précis et spécifique, nous dit-on, qu'une injection pratiquée à quelques *millimètres* de la porte d'entrée n'amène aucune réaction ni aucun résultat⁽¹⁾.

Cette spécificité au millimètre nous étonne, étant donné surtout la nature des tissus en question qui sont bourrés de vaisseaux sanguins et lymphatiques. La diffusion doit y être rapide.

D'autre part, la masse même de l'injection ne répare-t-elle pas, par son seul volume, puisqu'il s'agit de millimètres, ce que le point d'injection a eu de trop peu précis.

Le manque de réaction et d'amélioration n'est-il pas dû plutôt à ce que l'injection n'a pas été intra-veineuse, mais simplement interstitielle, et que nous sommes ramenés ainsi à une véritable injection sous-cutanée.

A cela on peut répondre qu'il est recommandé, avant de pousser l'injection, d'aspirer légèrement pour vérifier si l'aiguille n'est pas dans une veine.

L'épreuve sera positive évidemment pour le cas d'un vaisseau de calibre relativement important, mais les portes d'entrée, encore une fois, sont riches en vaisseaux capillaires; leur ponction, étant donné leur calibre, peut facilement paraître négative.

Il n'en est pas moins vrai qu'un liquide injecté à leur

(1) M. COPELOVICI. — (*Loc. cit.*, page 31).

niveau diffuse si rapidement dans leur lumière que l'injection intra-veineuse est en fait réalisée.

Cela est d'autant plus vrai que chez certaines de nos malades (Observations 2, 6, 15, 22, etc.), le même vaccin injecté au même endroit, toutes précautions étant prises pour éviter l'écoulement au dehors, provoquait, suivant le cas, une réaction intense ou presque nulle, et cela sans aucun ordre apparent : une réaction nulle se trouvant placée entre deux très fortes, ou inversement.

Or, normalement, les réactions devraient diminuer à partir de la troisième ou de la quatrième, jusqu'à disparaître.

De ce fait, et si ces remarques sont exactes, le principe de la porte d'entrée et la valeur étiologique des réactions vaccinales perdent beaucoup de leur importance.

Ils n'ont plus tout au moins cette valeur spécifique et même diagnostique de premier ordre que leur donnent les auteurs.

Pour confirmer cette opinion, et nous faire accepter l'action probable par injections intra-veineuses, nous trouvons d'abord : 1° dans Besredka, la proposition suivante : « lorsqu'on est en face, dit-il, d'une septicémie, par exemple, dont *la porte d'entrée* échappe, ou dont le point principal est inaccessible au pansement (il s'agit ici de pansement local contre une infection localisée) *n'hésitez pas à injecter le filtrat directement dans la circulation*. L'antivirus venant toucher les cellules saines, encore intactes, mais déjà menacées à leur tour, peut limiter le foyer; il peut faire tarir la source de l'infection lorsque celle-ci siège dans un organe interne, et empêcher ce dernier de déverser le virus dans le sang. » (1)

(1) Immunisation locale, BESREDKA (page 103).

L'efficacité d'une vaccinothérapie intra-veineuse s'affirmait donc dans notre esprit. Outre qu'elle était d'application pratique plus facile, elle aurait démontré en partie tout au moins le mode d'action de la méthode de Poincloux, sans l'intervention de la porte d'entrée.

Cette conclusion, pour être logique, ne manquait cependant pas de nous faire hésiter. La vaccination intra-veineuse a, en effet, été abandonnée très rapidement à cause des réactions graves qu'elle avait provoquées.

La question cependant, valait d'être approfondie, aussi avons-nous poussé nos recherches de ce côté.

2° Nous avons ainsi relevé, à l'appui de cette proposition de Besredka, un ensemble de faits qui nous a grandement éclairés sur la technique et les résultats de la voie intra-veineuse.

Pour ne retenir que les cas importants, intéressant directement notre sujet, nous citerons d'abord l'observation de M. Khata, de Beyrouth (rapportée par M. Berne Lagarde à la Société Française d'Urologie, 21 novembre 1927) :

« Il s'agit, en effet, d'un malade atteint d'urétrite et
« d'épididymite blennorragique à qui un infirmier fait par
« erreur une injection de vaccin antigonococcique dans la
« veine au lieu de la faire dans le tissu cellulaire sous-
« cutané; il y eut une très violente réaction avec fièvre,
« délire, dyspnée, vomissements, albuminurie, hématurie,
« mais à la suite de cette thérapeutique fortuite, et que
« l'on ne saurait recommander, l'urétrite fut très améliorée et l'épididymite complètement guérie. »

Cette observation, si elle affirmait très nettement l'action remarquable du vaccin intra-veineux ne calmait pas cependant nos inquiétudes. Il n'en est pas moins vrai que cette injection intra-veineuse avait été faite sans précautions, tant par la rapidité que pour la dose.

Il était donc tout de même permis d'espérer qu'une technique plus prudente et mieux étudiée, pourrait obtenir les mêmes résultats sans faire courir les mêmes risques.

L'expérience et la pratique de M. E. Chauvin (de Marseille) nous confirmèrent dans cette idée.

Cet auteur employait la vaccination intra-veineuse dans les complications de la gonococcie, en particulier les orchites.

Dans une communication au XVII^e Congrès d'Urologie (Paris 1927), M. E. Chauvin expose sa technique qui peut être ainsi résumée :

« On traite systématiquement les orchites aiguës ou
« gonococciques par des injections intra-veineuses de
« dmegon répétées tous les deux jours et à la dose d'une
« ampoule, sauf la première où l'on se contente d'une
« demie. L'action est pour ainsi dire constante; elle est
« *surprenante dans sa netteté : sédation des douleurs quel-*
« *quefois immédiate*, au plus tard en 48 heures; reprise de
« l'activité normale dès le 8^e jour. »

« Les quelques réactions observées après l'injection ont
« toujours été sans gravité. »

Ce dernier point nous a été confirmé par M. E. Chauvin lui-même.

Répondant fort aimablement aux diverses questions que nous lui avons posées sur sa technique, cet auteur nous dit (14 mars 1931) :

« Depuis ma communication au Congrès d'Urologie, je
« n'ai rien modifié à ma technique, ni d'ailleurs à mes
« opinions :

« Injection le premier jour d'une demi-ampoule de néo-
« dmegon, puis d'une ampoule tous les deux jours. Résul-
« tat immédiat dans les cas très aigus, en général après la
« troisième piqûre dans les cas moyens. Résultat peu net
« dans les cas subaigus ou légers.

« Réaction fébrile, irrégulière, rare, mais quelquefois
« au-dessus de 39°, passagère, toujours bénigne.

« J'ai fait actuellement 3.000 piqûres environ et soigné
« de la sorte toutes les orchites gonococciques; je n'ai pas
« vu encore un seul accident. »

La méthode nous paraissait déjà plus abordable lorsqu'il nous fut permis de voir à Bordeaux même la technique et les résultats des injections intra-veineuses de vaccin dans le traitement du chancre mou.

M. le Professeur Petges, que je remercie très sincèrement de l'excellent accueil qu'il m'a toujours réservé dans son Service, a très aimablement mis à ma disposition les documents intéressant notre sujet.

Ceux-ci viennent d'être exposés dernièrement dans la thèse d'un de ses élèves, le docteur Déjean, qui rapporte 110 cas de vaccination intra-veineuse pour le traitement du chancre mou.

La méthode présentée par Ch. Nicolle, en 1924, emploie le vaccin antistrepto-bacillaire qui porte son nom.

Il fut partout rapidement adopté.

Dès 1925, MM. Dubreuilh et Broustet publient 14 observations de malades porteurs de chancre mou avec d'excellents résultats. Ces derniers furent confirmés par la suite.

La conduite du traitement, les réactions provoquées sont en tous points superposables à celles de la méthode de Poincloux.

Les réactions en particulier sont aussi intenses et s'accompagnent d'un syndrome clinique semblable.

Comme dans la vaccination par la porte d'entrée, elles diminuent au cours du traitement, malgré les doses croissantes de vaccin.

Une différence existe cependant : la fièvre dure plus longtemps (deux jours environ), avec une petite rémission dans l'intervalle, ce qui donne à la courbe type la forme d'un M.

La tension artérielle enfin, s'est toujours montrée abaissée au moment du maxima thermique.

Ce fait, intéressant à noter, est à rapprocher de celui qui se produit au cours des phénomènes de choc dont nous avons parlé plus haut.

Comme E. Chauvin, pour le vaccin antigonococcique, le docteur J. Déjean n'a jamais noté *aucun accident grave* depuis les cinq années que ce traitement est employé systématiquement.

D'autre part, les résultats sont vraiment remarquables :

sur les *bubons non fluctuants* : 95,8 % de succès, sur 48 cas, en 5 jours minimum, et 25 jours maximum;

sur les *bubons fluctuants* : 87,1 % de succès, sur 37 cas, dans le délai moyen de 15 jours;

sur les *bubons fistulisés* : 94,4 % de succès, sur 19 cas, dans les mêmes délais;

sur le *bubon fistulisé à orifice chancréliné* : 100 % de succès, sur 8 cas.

En d'autres domaines, la vaccination intra-veineuse s'est donc montrée très efficace.

Après les critiques formulées plus haut, après l'examen des résultats obtenus par ceux qui ont employé cette méthode thérapeutique dans d'autres affections, il était naturel que nous l'appliquions nous-mêmes en gynécologie.

Le temps malheureusement nous a manqué pour que nous puissions dire quels effets on peut en attendre.

Les cas observés sont trop peu nombreux pour que nous puissions émettre une opinion justifiée.

Nous sommes persuadés cependant que nous obtiendrons avec elle, surtout dans les affections mono-microbiennes, en particulier pour le gonocoque, des résultats très satisfaisants que les remarques précédentes pouvaient déjà faire supposer.

CONCLUSIONS

Nos conclusions seront simples. Elles voudraient être claires et pratiques en indiquant nettement :

- 1° La supériorité de la méthode de Poincloux;
- 2° Ses indications.

A. — Malgré les critiques, de détail le plus souvent, que nous avons formulées au cours de ce travail, nous pensons que ce mode de thérapeutique donne des résultats remarquables, bien supérieurs, à tous les traitements similaires.

Malheureusement, bien que son application soit relativement facile, elle nécessite cependant :

Une instrumentation spéciale.

Une technique rigoureuse.

Une surveillance attentive des malades qu'il faut mettre de préférence dans un milieu médical.

L'aide du laboratoire pour confirmer le diagnostic clinique et suivre l'évolution de la flore microbienne dans les mucosités génitales.

C'est dire qu'elle reste actuellement, en grande partie, une thérapeutique d'hôpital. Les auteurs ont cependant traité des malades à domicile ou à la consultation. Dans ce dernier cas, il est indispensable que la malade puisse rentrer chez elle et s'aliter dans un laps de temps relativement court, trente minutes au maximum.

B. — En principe, la méthode s'applique à toutes les maladies infectieuses. Il suffit, en effet, pour la mettre en œuvre, de trouver pour chaque maladie :

L'agent pathogène spécifique;

La porte d'entrée dans l'organisme.

En réalité, il existe des indications nettes, précises ou la méthode fait merveille. Il en existe d'autres plus confuses et qui s'imposent beaucoup moins. Le traitement médical simple est alors à discuter car souvent, il agit aussi vite, aussi bien, à moins de frais. La vaccinothérapie cependant pourra être tentée dans ces cas, mais à titre d'adjuvant ou de temps préparatoire à une intervention radicale. Son action véritable devient alors très difficile à juger car elle ne s'impose pas au premier chef. L'expérience du clinicien, en lui permettant de comparer les cas traités par les vaccins avec ceux qui ne le sont pas, pourra seule, par l'allure générale de l'évolution, l'action partielle sur certains signes, la gravité et la durée probable de ces affections avec d'autres thérapeutiques, attribuer à la méthode de Poincloux sa véritable valeur.

En gynécologie, nous employons le plus souvent l'urètre et les glandes de Skène comme porte d'entrée en commençant par un quart de centimètre cube de vaccin antigonococcique ou de vaccin antimétritique. D'autre part, nous estimons que les cas les meilleurs sont les suivants :

Les métro-annexites aiguës ou subaiguës récentes, surtout si elles sont monomicrobiennes (gonocoque) même si les lésions physiques sont importantes et évoluent vers la suppuration. Dans ce cas, et si cela est possible, il faudra faire précéder ou accompagner la vaccinothérapie d'une évacuation des collections purulentes.

Les vulvo-vaginites des petites filles qui obéissent remarquablement au traitement. Commencer par des doses

minimes : $1/8$ de centimètre cube. Continuer par des quantités faibles, $1/4$, $1/2$, $3/4$. N'augmenter qu'avec précaution pour éviter des réactions trop violentes.

Les arthrites gonococciques en liaison directe avec une infection génitale.

Enfin viennent les *méthro-annexites chroniques fonctionnelles* avec lésions *physiques peu nettes* ou peu appréciables. Les meilleurs cas sont ces « véritables infirmes du bas-ventre » que l'on est obligé d'opérer, non pas à cause des lésions, mais à cause de la douleur et de leur ... rang social qui les oblige à travailler sans pouvoir attendre une guérison longue et coûteuse.

La vaccinothérapie doit être tentée même s'il y a une déviation utérine et, en particulier, une rétroversion, car on le sait, ces lésions sont souvent remarquablement supportées. L'hystéropexie ou l'hystérectomie, ne sont indiquées qu'après l'échec du traitement d'épreuve.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 30 Juin 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Vaccinothérapie régionale par la porte d'entrée.

— 1927 —

- BASSET et POINCLOUX. — *Bull. et Mém. Soc. nat. de chirurgie*, t. LIII, p. 687. — 7 mai 1927.
- BASSET et POINCLOUX. — Nouveau traitement des affections utéro-annexielles. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie*, t. VIII, n° 16, p. 688. — 11 mai 1927.)
- BASSET. — Vaccination locale dans un cas de mammite par des injections antistaphylococciques dans le mamelon. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie*, t. LIII, n° 53. — 14 décembre 1927.)
- BASSET. — Traitement des abcès du sein par ponction tardive et pansements vaccinaux. (*Soc. d'Obst. et Gynéc.*, Paris, 12 décembre 1927.)

— 1928 —

- POINCLOUX. — *C. R. Soc. de Biologie*, t. XCIV, p. 287, 23 juin 1928.
- POINCLOUX et WEISSMANN. — Vaccination régionale : son application au traitement des métrites. *Soc. de Biologie*, 30 juin 1928. — *Soc. de Biologie*, t. XCIX, p. 374, 23 août 1928.
- POINCLOUX. — La vaccination régionale : applications diverses. (*Soc. de Biologie*, 7 juillet 1928.)
- POINCLOUX et WEISSMANN. — Vaccination régionale et son application au traitement des salpingites. (*Soc. Biologie*, 23 juin 1928, in *Presse médicale*, p. 837, 1928.)
- POINCLOUX. — Nouvelle méthode d'immunisation curative : la vaccination régionale. (*Soc. Biol.*, 23 juin 1928.)

BASSET et POINCLOUX. — Traitement des métrites par injections intra et sous-muqueuses de vaccins. — Vaccination régionale. (*Gynécologie et Obstétrique*, t. XVIII, n° 4, octobre 1928.)

BASSET. — Vaccination régionale des métrites du corps. (*Immunité*, déc. 1928.)

— 1929 —

POINCLOUX et BASSET. — Application au traitement des salpingites de la méthode de vaccination régionale par la porte d'entrée. (Congrès de Gyn. et Obst. de langue française, Bruxelles, oct. 1929; in *Presse médicale*, p. 363.)

POINCLOUX. — Vaccination régionale par la porte d'entrée. (Soc. méd. des Hôpitaux, Paris, 5 juillet 1929. Statistique de 180 cas.)

POINCLOUX. — Vaccination régionale par la porte d'entrée. (*Presse médicale*, Art. orig., 17 juillet 1929.)

COPÉLOVICI-COPÉ. — La vaccination régionale par la porte d'entrée. (Thèse Paris, 1929.)

POINCLOUX. — Vaccination régionale par la porte d'entrée. Présentation de la méthode à l'Académie de Médecine. (*Bull. Acad. méd.*, t. CI, 23 avril 1929.)

POINCLOUX. — *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôpitaux*, n° 23, 28 juin 1929.)

TRAIN, POINCLOUX et COPÉLOVICI-COPÉ. — (*Bull. et Mém. Soc. Méd. hôp.*, 5 juillet 1929.)

POINCLOUX. — Vaccination régionale par la porte d'entrée. (*Journées médicales de Paris*, 1929.)

DAOULAS. — Vaccination par la porte d'entrée dans la blennorragie chronique chez l'homme. (*Archives de Médecine et de Pharmacie navales*, n° 2, 1929.)

— 1930 —

BASSET et POINCLOUX. — Vaccination régionale par la porte d'entrée; son application au traitement de 39 cas d'arthrite blennorragique. (Soc. Chir., 5 mars 1930.)

- BASSET et POINCLOUX. — Vaccination régionale par la porte d'entrée; son application au traitement des salpingites (40 cas). (*Presse médicale*, 22 mars 1930.)
- RIGAUX. — Vaccination régionale par la porte d'entrée. (Soc. des Praticiens, avril 1930.)
- POINCLOUX. — Vaccination régionale par la porte d'entrée. — Son emploi en gynécologie (*Paris Médical*, 20 décembre 1930).

- BASSET et POINCLOUX. — Arthrite gonococcique du genou droit. — Vaccination régionale par la porte d'entrée. — Guérison (Soc. de Chir., 14 janvier 1931).

II. — Vaccinothérapie et Sérothérapie, Chimiothérapie intraveineuse ou intrarachidienne.

- M.-E. CHAUVIN (de Marseille). — Traitement des orchites gonococciques par les injections intraveineuses de vaccins. (XXVIII^e Congrès Français d'Urologie, Paris, oct. 1927).
- KHATA (de Beyrouth). — Injection de vaccin antigonococcique faite par erreur dans une veine pour le traitement d'une uréthrite avec épидидymite gonococcique. (Société d'Urologie, rapport de M. Berne-Lagarde, 21 nov. 1927).
- POINCLOUX et MARYE. — Essai de vaccinothérapie intra-rachidienne dans les séquelles de l'encéphalite épidémique avec du virus fixé encéphalitique (*Bull. Acad. de Méd.*, mars 1924).
- RAVAUT et DUCOURTIOUX. — Traitement du rhumatisme et des septicémies blennorragiques par les injections intraveineuses de Gonacrine. (Thèse Paris, 1926.) *Médicale, Art. orig.*, 1^{er} janvier 1927.)
- DRUDIN. — Traitement de la blennorragie par les injections intraveineuses de Gonacrine. (Thèse Paris, 1926.)
- THIERS, BOUYSSSET et CECCALDI. — Arthrite purulente gonococcique traitée par la sérothérapie intraveineuse et intraarticulaire.

- J. DÉJEAN. — Traitement du bubon chancrelleux par la vaccinothérapie spécifique. (Thèse Bordeaux, 1931.)
- P. LE COULANT. — Le chancre mou. — Réactions biologiques générales. Vaccination, intra-dermo-réaction. (Thèse Bordeaux, 1928.)

III. — Travaux divers sur Immunité ; Infections ; Vaccinothérapie ; Sérothérapie.

- BESREDKA. — Immunisation locale. Pansements spécifiques. (MASSON et C^{ie}, 1925.)
- W. KOPACZEWSKI. — Pharmacodynamie des colloïdes.
T. I. — Choc pathologique et thérapeutique.
T. II. — Protéinothérapie et transfusion du sang.
- LANGERON. — Immunité et vaccinothérapie locales. Revue critique (contribution à l'étude de l'immunité). — Clinique et Laboratoire, 20 décembre 1924.
- BOUCHÉ et HUSTIN. — Chocs thérapeutiques contre chocs morbides. (MASSON, 1922.)
- GUYOT et JEANNENEY. — Vaccinothérapie dans les tuberculoses chirurgicales. (*Soc. de Méd. et de Chir.*, Bordeaux, 20 janv. 1922. — *Gaz. hebdom. des Sciences méd. de Bordeaux*, 26 février 1922.)
- JEANNENEY. — Vaccinothérapie en chirurgie (Mémoire pour la médaille d'or de l'Internat, Bordeaux 1920).
— Vaccinothérapie des infections vaginales. (*Soc. Anatomo-Clinique de Bordeaux*, 24 janvier 1921.)
- GUYOT et JEANNENEY. — Diagnostic du choc traumatique. (*Progrès Médical*, 7 mai 1921.)
- JEANNENEY. — Considérations sur les idées directrices de la vaccinothérapie. (*Marseille Médical*, 15 mai 1926.)
- TANSARD. — Traitement de la blennorrhagie par l'association de la Chimiothérapie et de la protéinothérapie. (*Presse Médicale*, Art. orig., 28 déc. 1927, p. 1.589.)
- DARGET. — Auto-vaccination locale dans le traitement de la blennorrhagie (*Soc. Franç. d'Urologie*, 17 janvier 1927.)

- LAPORTE, SOREL et GABY-LASPARRON. — Traitement du rhumatisme blennorragique par des injections intra-articulaires de sérum antigonococcique de l'Institut Pasteur. (Soc. Méd. Chir. et Pharmacie de Toulouse, janv. 1927.)
- GUYOT et VILLAR. — Annexite et vaccinothérapie. (Soc. Obst. et Gynéc. de Bordeaux, 24 fév. 1927, in *Bull. Soc. Obst. et Gynéc.*, Paris, 7 juillet 1927, p. 456.)
- AITOFF (M^{me}): — De la vaccination locale dans la gonococcie chez la femme (méthode de Besredka). (*Presse Médicale*, 20 sept. 1928.)
- AITOFF-HARTMANN. — De la vaccination locale dans les cancers du col utérin. (Soc. Chir., 13 février 1929.)
- HOSCASSON. — Immunité. — Mécanisme de production. (Thèse Paris, 1930.)
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
CHAPITRE I. — INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE II. — LA MÉTHODE DE POINCELOUX, d'après les auteurs	11
1° Ses bases : les théories de Besredka.....	12
I. — Éléments biologiques primordiaux, bases des phénomènes d'infection et d'immunité ,..	12
A) Cellules réceptives.....	12
B) Les microbes.....	14
a) Le microbe.	
b) Virus et antivirüs.	
II. — Mécanisme de l'infection et de l'immunité.....	14
A) Infection.	15
a) Infection grave.	
b) Infection bénigne.	
c) Infection nulle.	
B) Immunité.....	16
a) Immunité après infection.....	17
b) Immunité artificielle par vaccin et sérum	17
vaccin préventif.....	17
vaccin curatif	18
sérum	18
III. — Conclusions.....	20
2° Son historique.....	22
3° Sa technique.....	27

I. — Détermination de la spécificité microbienne et de la porte d'entrée.....	27
A) Détermination du microbe pathogène en jeu..	27
a) L'enquête clinique.....	27
infection à gonocoques.	
infection à colibacilles.	
infection staphylococcique.	
infection polyvalente.	
b) Le laboratoire.....	29
c) La réaction elle-même.....	29
B) Détermination de la porte d'entrée.....	32
II. — Instrumentation.....	33
III. — Technique des injections.....	34
A) Injection dans les glandes de Skène.....	35
B) Injection dans les glandes de Bartholin.....	37
C) Injection dans le col utérin.....	37
D) Injection dans le corps utérin.....	38
E) Injection sous la muqueuse rectale.....	40
IV. — Conduite générale du traitement.....	40
A) Données générales.....	40
B) Données particulières.....	42
métrites.....	42
salpingites.....	43
bartholinites.....	44
V. — Réactions produites par les injections de vaccins	44
A) Avec le vaccin antigonococcique.....	45
B) Avec le vaccin anticolibacillaire.....	47
C) Avec le vaccin antistaphylococcique.....	49
D) Avec le vaccin polyvalent.....	49
4° Ses indications.....	50
5° Ses résultats.....	52
I. — Résultats généraux de la vaccination par la porte d'entrée.....	52

II. — Résultats particuliers.....	55
A) Gynécologie.....	55
a) Métrites sans salpingite ni périmérite nettes.....	56
b) Métrites avec périmérite nette.....	58
c) Salpingites.....	58
d) Salpingites aiguës, subaiguës ou chroniques avec métrite importante ...	60
e) Bartholinites.....	61
B) Complications articulaires de la blennorrhagie.	62
C) Orchi-épididymites gonococciques.....	63
D) Uréthrites chroniques.....	64
CHAPITRE III. — OBSERVATIONS.....	65
1° Métro-annexites aiguës ou subaiguës récentes (4 cas)...	66
2° Poussées de métro-annexites aiguës ou subaiguës au cours d'une évolution chronique (6 cas).....	77
3° Métro-annexites chroniques (17 cas).....	98
4° Vulvo-vaginites.....	151
Enfants : 3 cas.	
Adultes : 2 cas.	
5° Arthrites gonococciques (2 cas).....	161
CHAPITRE IV. — DISCUSSION DE LA MÉTHODE.....	169
1° Remarques d'ordre pratique.....	170
I. — Sur les résultats.....	170
A) Statistiques.....	170
B) Précisions des indications selon les résultats obtenus.....	171

a) Action sur les syndromes	172
infections utéro-annexielles aiguës ou subaiguës,.....	172
infections utéro-annexielles chroni- ques,.....	175
vulvo-vaginites	176
arthrites gonococciques	177
b) Action sur les symptômes	178
signes fonctionnels : température	178
douleurs	183
brûlures à la miction ..	184
pertes	185
constipation	186
signes physiques	186
II. — Sur la technique	188
A) Rôle du laboratoire	188
B) Recherches de la porte d'entrée	189
C) Conduite générale du traitement	189
D) Réactions	191
2° Remarque d'ordre théorique	194
CONCLUSIONS	203
BIBLIOGRAPHIE	207

